

PRÉFACE

En 1998, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) sera opérationnel dans le secteur des Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR). Les quelques 1.600 établissements de santé, publics ou privés, ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation vont ainsi pouvoir procéder à une description standardisée de leur activité.

À l'instar du secteur des soins de courte durée, les soins de suite ou de réadaptation disposeront désormais d'un système d'information médico-économique tenant compte des pathologies et des modes de prise en charge des patients et pourront ainsi contribuer à l'amélioration de la connaissance de l'activité hospitalière.

Depuis 1993, des travaux ont été menés afin d'élaborer des outils spécifiques à ce domaine qui prennent en compte ses particularités. À cette fin, la Direction des Hôpitaux a voulu s'appuyer sur l'analyse de l'existant et s'entourer de nombreux experts en organisant plusieurs niveaux de consultation.

C'est ainsi que dès janvier 1993, une "Équipe projet" a été constituée afin de participer activement à l'ensemble des travaux.

Par souci d'efficacité, cette équipe pluridisciplinaire a été limitée, par souci d'efficacité, à une vingtaine d'experts, qui ont été sollicités pour leur expérience professionnelle dans différents secteurs des soins de suite ou de réadaptation et/ou en matière de système d'information médicalisée (confer liste des experts en annexe 1 de ce document).

Au deuxième semestre 1994, a également été mis en place un "Comité de liaison" regroupant différents représentants institutionnels afin d'assurer le suivi des travaux. Les membres de ce comité représentent ainsi les différentes fédérations d'établissements (publics et privés), les conférences des directeurs et présidents de CME des établissements, les caisses d'assurance maladie ainsi que la conférence des Médecins Inspecteurs Régionaux (confer liste des membres en annexe 2 de ce document).

Enfin, toutes les équipes du terrain qui ont accepté de participer aux différents recueils, organisés afin d'élaborer et de tester les outils, ont également beaucoup contribué à ces travaux.

C'est grâce à la collaboration de ces différentes équipes que les travaux ont pu être réalisés. Qu'elles trouvent ici l'expression de mes remerciements.

Le recueil d'information standard constitue la clé de voûte du dispositif de médicalisation du système d'information PMSI SSR. Il importe que les acteurs du recueil soient particulièrement sensibilisés à ce point : seule une information exhaustive et de qualité permettra de fournir une bonne connaissance de l'activité des établissements nécessaire à l'optimisation de l'offre des soins. C'est aussi sur la base du recueil d'information standard généralisé, que la classification des Groupes Homogènes de Journées pourra évoluer.

Pour produire ce recueil d'information standard, les structures concernées s'appuieront sur l'ensemble des consignes qui figurent dans le présent document. Ce guide de production des Résumés Hebdomadaires Standardisés a pour objet de prévenir les questions et hésitations des équipes médicales et soignantes appelées à fournir les différentes informations du recueil. Il s'agit donc d'un ouvrage didactique, émaillé de définitions destinées à préciser les variables à recueillir, de situations cliniques dans lesquelles les acteurs de terrain se retrouveront et de tableaux de synthèse qui devraient clarifier les points méthodologiques les plus délicats.

SOMMAIRE

Chapitre I) CHAMP DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS HEBDOMADAIRES STANDARDISÉS (RHS) : pages 1 à 3

- 1) Niveau géographique : *page 1*
- 2) Niveau de recueil : *page 1*
- 3) Catégories d'établissement : *page 2*
- 4) Types d'activité : *pages 2 et 3*
- 5) Grands groupes de disciplines sanitaires : *page 3*

Chapitre II) LE RECUEIL AU REGARD DE LA LOI DU 6 JANVIER 1978 : page 5

Chapitre III) PRÉSENTATION DU RECUEIL : pages 7 à 9

- 1) Pour chaque séjour, "n" Résumé(s) Hebdomadaire(s) Standardisé(s) : *page 7*
- 2) Chaque RHS fait l'objet d'un classement dans un "Groupe Homogène de Journées" : *pages 7 et 8*
- 3) Consignes générales de remplissage : *page 8*
- 4) Le questionnaire "PMSI SSR" : *page 9*

Chapitre IV) VOLET "IDENTIFIANT PATIENT" : pages 11 à 15

- 1) Date de naissance : *page 11*
- 2) Sexe : *page 11*
- 3) Numéro d'assuré social : *page 11*
- 4) Numéro de rang du bénéficiaire : *page 12*
- 5) Code postal du lieu de résidence : *page 12*
- 6) Numéro FINESS : *pages 12 et 13*
- 7) "Numéro de séjour SSR du patient" : *pages 13 à 15*

Chapitre V) VOLET "MOUVEMENTS" : pages 17 à 20

- 1) Date d'entrée : *page 17*
- 2) Mode d'entrée : *pages 17 et 18*
- 3) Provenance : *pages 18 et 19*
- 4) Date de sortie : *page 19*
- 5) Mode de sortie : *page 20*

6) Destination : *page 20*

Chapitre VI) LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ : *pages 21 à 27*

- 1) Situations donnant lieu à la clôture du RHS en cours de semaine : *pages 21 à 23*
- 2) Date du RHS : *page 24*
- 3) Numéro d'unité médicale : *pages 25 et 26*
- 4) Journées de présence : *page 26*
- 5) Date de la dernière intervention chirurgicale : *page 26*
- 6) Tableau récapitulatif sur les mouvements à l'intérieur de la structure enquêtée : *page 27*

Chapitre VII) MORBIDITÉ : *pages 29 à 59*

- 1) Trois questions à se poser pour décrire la morbidité du patient et hiérarchiser les informations : *pages 30 à 32*
 - 11) Comment et pour quoi le malade a-t'il été principalement pris en charge pendant la semaine ? : *page 30*
 - 12) Quelle est l'affection d'origine ? : *page 31*
 - 13) Y-a-t'il des motifs de prise en charge ou des diagnostics associés significatifs ? : *pages 31 et 32*
- 2) Codage de la "Finalité principale de prise en charge" : *page 32*
- 3) Codage de la "Manifestation morbide principale" : *pages 32 à 35*
 - 31) Les situations habituelles : *pages 33 et 34*
 - 32) La prise en charge d'une affection à sa phase aiguë : une situation exceptionnelle : *page 35*
- 4) Codage de l'affection étiologique : *page 36*
- 5) Codage des diagnostics associés significatifs : *page 37*
- 6) Règles générales d'utilisation de la CIM-10 : *pages 37 à 40*
 - 61) Nombre de caractères des codes CIM-10 : *page 37*
 - 62) Emploi du double codage † / * de la CIM-10 : *pages 38 et 39*
 - 63) Les chapitres de la CIM-10 qui ne doivent jamais être utilisés dans le RHS : *page 39*
 - 64) Tableau récapitulatif d'utilisation des chapitres de la CIM-10 : *page 40*
- 7) Règles d'utilisation des codes "Z" : *pages 41 à 59*
 - 71) Les codes "Z" qui ne doivent jamais être utilisés : *page 41*
 - 72) Les codes "Z" pour renseigner la "Finalité principale de prise en charge" : *pages 42 à 47*
 - 73) Tableau récapitulatif d'utilisation des codes "Z" : *pages 48 à 59*

Chapitre VIII) PRISES EN CHARGE CLINIQUES CLASSANTES : *pages 61 à 67*

- 1) Qu'est-ce qu'une prise en charge clinique est-elle classante ? : *pages 61 et 62*

- 2) Description sur le RHS : *pages 62 et 63*
- 3) Actes médicaux à relever : *pages 63 et 64*
- 4) Éléments classants dans une "Prise en charge Clinique Très Lourde" (PCTL) : *pages 64 et 65*
 - 41) Un seul diagnostic : *page 64*
 - 42) Actes médicaux : *pages 64 et 65*
- 5) Éléments classants dans une "Prise en charge Clinique Lourde" (PCL) : *pages 65 à 67*
 - 51) Diagnostics : *pages 65 et 66*
 - 52) Actes médicaux : *pages 66 et 67*

Chapitre IX) DÉPENDANCE : *pages 69 à 77*

- 1) Six variables de dépendance : *page 69*
- 2) Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs actions : *page 69*
- 3) Les 4 niveaux de cotation : *page 70*
- 4) Principes de cotation : *page 71*
- 5) Utilisation d'un fauteuil roulant : *page 72*
- 6) Présentation de chaque variable de dépendance : *pages 72 à 77*
 - 61) Habillage : *pages 72 et 73*
 - 62) Déplacements + Locomotion : *pages 73 et 74*
 - 63) Alimentation : *pages 74 et 75*
 - 64) Continence : *pages 75 et 76*
 - 65) Comportement : *pages 76 et 77*
 - 66) Relation-Communication : *page 77*

Chapitre X) PRISES EN CHARGE DE RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION : *pages 79 à 82*

- 1) Douze "Activités de rééducation-réadaptation" : *page 79*
- 2) Une "Activité de rééducation-réadaptation" est définie par une liste fermée d'"Actes" : *pages 79 et 80*
- 3) "Temps intervenant" hebdomadaire par "Activité de rééducation-réadaptation" : *pages 80 et 81*
- 4) "Type d'intervenants" : *pages 81 et 82*

ANNEXES

Annexe 1) MEMBRES DE L'ÉQUIPE PROJET : *pages 85 à 87*

Annexe 2) MEMBRES DU COMITÉ DE LIAISON : *pages 88 et 89*

Annexe 3) GLOSSAIRE : *pages 91 à 94*

Annexe 4) CIRCULAIRE DU 3 AVRIL 1997 : *pages 95 à 111*

Chapitre I

CHAMP DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS HEBDOMADAIRES STANDARDISÉS (RHS)

- Le **champ** des établissements et services concernés par la production des Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) est **défini à partir de différents critères caractérisant les établissements de santé dans les nomenclatures des établissements sanitaires et sociaux**¹.

- Les établissements et services répondant simultanément aux différents critères décrits ci-après sont concernés par la production des RHS.

1) NIVEAU GÉOGRAPHIQUE

- France Métropolitaine et DOM

2) NIVEAU DE RECUEIL

- "**Entité juridique**" pour :

- . les structures de statut juridique public,
- . à l'exception de celles qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

- "**Établissement**" pour :

- . les établissements de santé privés (y compris ceux à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier et qui ont comme mode de fixation de tarif le budget global),
- . les structures de statut public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

¹ Publications : Nomenclatures des établissements sanitaires et sociaux - NODESS 1990 - Les qualificatifs des établissements sanitaires et sociaux (BO N° 90 -13 bis et 91-7 bis - Ministère des affaires sociales et de la solidarité) ; FINESS 3 - Nomenclatures et codifications -(septembre 1995 - SESI - Ministère de la Santé publique et de l'assurance maladie).

3) CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENT

- **Établissements hospitaliers** (agrégat de code "catégorie d'établissement" : 1100)

- **Autres établissements relevant de la loi hospitalière** (agrégat de code "catégorie d'établissement" : 1200) : comprenant les "traitements et soins à domicile", la "dialyse ambulatoire"², les "autres établissements relevant de la loi hospitalière" c'est-à-dire hôpital militaire, établissement thermal, syndicat interhospitalier, autre établissement soumis aux dispositions de la loi hospitalière).

4) TYPES D'ACTIVITÉ

- **Hospitalisation complète** (code type d'activité 03) : *"Qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et hébergent les malades, blessés et femmes enceintes, et qui se caractérisent par un équipement en lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales assurant le diagnostic, les soins et la surveillance"*.

- **Hospitalisation de semaine** (code type d'activité 20) : *"Qualifie l'activité des unités hospitalières ayant des moyens affectés (lits, personnels, ...) qui programment des séjours de 2 à 5 jours consécutifs (du lundi au vendredi)"*.

- **Hospitalisation de jour** (code type d'activité 04) : *"Qualifie des unités hospitalières qui effectuent pendant la seule journée (donc sans hébergement nocturne) de façon programmée et concentrée sur une durée de moins de 24 heures :*

- 1) *des investigations spécialisées à visée diagnostique faisant l'objet d'une synthèse médicale,*
- 2) *des traitements médicaux séquentiels délicats comprenant un protocole astreignant,*
- 3) *des interventions chirurgicales courtes,*
- 4) *une surveillance post-thérapeutique spéciale.*

Commentaire : L'activité en hospitalisation de jour nécessite le soutien de l'ensemble du plateau technique hospitalier. En effet, la durée et l'importance de l'activité médicale en hospitalisation de jour dépassent celles des consultations et soins externes.

Est exclu de cette rubrique le type d'activité "traitements et cures ambulatoires". Cette distinction a été opérée afin de différencier les activités hospitalières faisant référence à un schéma thérapeutique

² Remarque : Les séances de dialyse réalisées dans des services de soins de courte durée ne relèvent pas du champ de production des RHS mais de celui des Résumés de Sortie Standardisés (RSS), tel que défini dans le Bulletin Officiel 96/13 bis (Additif au guide méthodologique de production des Résumés de Sortie Standardisés).

déterminé (utilisation d'un matériel et de prescriptions adaptés)".

- **Hospitalisation de nuit** (code type d'activité 05) : "Qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et traitent les malades dont l'état n'exige qu'une hospitalisation limitée à la période nocturne (essentiellement services psychiatriques)".

- **Traitements et cures ambulatoires** (code type d'activité 19) : "Qualifie en règle générale toute activité de soins ambulatoires visant à une réhabilitation polyvalente ou à une orientation. Dans le cadre hospitalier, seront qualifiées de "traitements et cures ambulatoires" les activités faisant référence à un schéma thérapeutique déterminé. Exemples : dialyse en néphrologie, chimiothérapie en médecine carcinologique"³.

Remarque : Le recueil ne concerne pas les patients pris en charge en "consultations, soins externes" (code type d'activité 07) : "Qualifie l'activité des consultations médicales (y compris pratique libérale), des consultations externes des hôpitaux, de la médecine systématique de dépistage, de la médecine préventive, des soins externes dans les cliniques privées".

5) GRANDS GROUPES DE DISCIPLINES SANITAIRES

- **Soins de suite ou de réadaptation** (code grand groupe de disciplines d'équipement sanitaires 0260) comprend les groupes suivants :

- . **maladies à évolution prolongée** (code 0261)
- . **convalescence, repos, régime** (code 0262)
- . **rééducation fonctionnelle et réadaptation** (code 0263)
- . **lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires** (code 0264)
- . **cures thermales** (code 0265)
- . **cures médicales** (non compris Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire -MECS-) (code 0266)
- . **cures médicales pour enfants** (MECS, pouponnières ...) (code 0267)
- . **post-cure pour alcooliques** (code 0268)

Remarques : Les maisons de retraite "avec cure médicale" ne sont pas soumises au recueil

³ Remarque : Les traitements et cures ambulatoires réalisés dans des services de soins de courte durée ne relèvent pas du champ de production des RHS mais de celui des Résumés de Sortie Standardisés (RSS), tel que défini dans le Bulletin Officiel 96/13 bis (Additif au guide méthodologique de production des Résumés de Sortie Standardisés).

"PMSI SSR" car elles relèvent d'un agrégat de catégorie d'établissement ("Établissements et services pour personnes âgées" code 4400) et d'un type d'activité ("hébergement") qui sont hors champ.

Les patients pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine hors du champ Soins de Suite ou de Réadaptation, tel que défini ci-dessus, même s'ils bénéficient de façon concomitante du plateau technique SSR, ne doivent pas faire l'objet du recueil de RHS.

Chapitre II
LE RECUEIL AU REGARD DE LA LOI
DU 6 JANVIER 1978⁴

- Le recueil d'information standard "PMSI SSR" est un **recueil indirectement nominatif qui contient des données médicales protégées par le secret médical. En conséquence, son contenu ne peut être porté qu'à la seule connaissance des acteurs légalement ou réglementairement autorisés et des personnels travaillant sous leur responsabilité.**

- **La création de fichiers et le traitement des données du Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) doivent être soumis à l'avis préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).**

- **La conservation des RHS par les établissements est obligatoire.** Celle-ci est en effet indispensable aux contrôles et à la production de statistiques par unité médicale. La durée et le format de conservation des RHS seront fixés par voie réglementaire.

- La transmission des informations contenues dans le RHS à des acteurs autres que ceux autorisés (notamment aux services déconcentrés de l'État) s'opèrera sur la base de données agrégées et anonymes ou de **Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA)** obtenus en transformant les Résumés Hebdomadaires Standardisés.

- **Le format des RHA, les modalités et délais de leur transmission aux services déconcentrés de l'État seront définis ultérieurement par arrêté.**

⁴ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Chapitre III

PRÉSENTATION DU RECUEIL

1) POUR CHAQUE SÉJOUR, "N" RÉSUMÉ(S) HEBDOMADAIRE(S) STANDARDISÉ(S)

- Le recueil d'information standard "PMSI Soins de suite ou de Réadaptation" se compose d'informations relatives à la prise en charge administrative et médicale du patient :

. **1 volet "Identifiant patient"** décrivant les caractéristiques socio-démographiques du patient.

. **1 volet "Mouvements"** décrivant la filière de soins du patient pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine.

Ce volet n'est pas renseigné pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation de nuit ou en traitements et cures ambulatoires.

. **"N" Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS)** décrivant les caractéristiques de morbidité et de dépendance du patient ainsi que des "marqueurs" de sa prise en charge au cours de chaque semaine.

- Ce recueil consiste donc à résumer le séjour non pas dans sa globalité mais par tranche de 7 jours. Ainsi, compte-tenu de la durée moyenne d'une hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation qui s'élève à 35 jours, un séjour génère en moyenne 5 RHS.

2) CHAQUE RHS FAIT L'OBJET D'UN CLASSEMENT DANS UN "GROUPE HOMOGENE DE JOURNÉES"

- Dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), **chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) fait l'objet d'un classement dans un "Groupe Homogène de Journées" (GHJ)** selon "l'algorithme de la classification" spécifique aux soins de suite ou de réadaptation (voir documents présentant la classification⁵).

⁵ Manuel des Groupes Homogènes de Journées - PMSI soins de suite ou de réadaptation - Bulletin officiel n° 97/8 bis
(Volume 1 : Principes de construction de la classification ; volume 2 : Description de la classification)

- La **classification médico-économique "PMSI SSR", ou "classification des Groupes Homogènes de Journées"**, est un outil permettant de classer chaque RHS, en fonction des informations qu'il contient, dans un et un seul GHJ.

- **"L'algorithme de la classification"** constitue l'ensemble des tests successifs réalisés par le **"logiciel groupeur"** sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de celui-ci :

- . en premier lieu dans un grand groupe clinique, appelé **"Catégorie Majeure Clinique" (CMC)**,
- . et ensuite dans un Groupe Homogènes de Journées.

Il existe un **"arbre de décision" par Catégorie Majeure Clinique**. L'ensemble de ces arbres de décision constitue l'algorithme de la classification.

- La version 1 de la classification PMSI SSR comporte **14 Catégories Majeures Cliniques** qui sont les suivantes :

CMC Cardio-vasculaire et respiratoire, CMC Neuro-musculaire, CMC Santé mentale, CMC Sensoriel et cutané, CMC Viscéral, CMC Rhumato-orthopédique, CMC Post-traumatique, CMC Amputation, CMC Soins palliatifs, CMC Attente de placement, CMC Réadaptation-réinsertion, CMC Soins nutritionnels, CMC Autres situations, CMC Gériatrie aiguë.

- **279 GHJ**, présentant une homogénéité médicale et économique, sont déclinés.

Exemples de Groupes Homogènes de Journées :

. Le GHJ 017, dans la CMC Cardio-vasculaire et respiratoire, regroupe les RHS des patients qui sont âgés de 16 ans ou plus, présentent une infection cardiaque ou une infection respiratoire chronique et un niveau de dépendance physique inférieur ou égal à 12.

. Le GHJ 025, dans la CMC Neuro-musculaire, regroupe les RHS des patients qui sont âgés de moins de 16 ans, présentent une tétraplégie et bénéficient d'une Prise en charge de Rééducation-Réadaptation.

3) CONSIGNES GÉNÉRALES DE REMPLISSAGE

- Le recueil des informations sur des **"bordereaux papiers"** ne dispense pas de leur saisie informatique qui est obligatoire.

- Les **rubriques sans objet** sont laissées à blanc.

Exemple d'une information sans objet : les temps d'intervenants de rééducation-réadaptation lorsque le patient n'est pas concerné.

4) LE QUESTIONNAIRE "PMSI SSR"

- Voir page ci-contre.

Chapitre IV

VOLET "IDENTIFIANT PATIENT"

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée⁶, les informations d'identité recueillies sont limitées à l'année de naissance, au sexe et au numéro d'hospitalisation⁷.

1) DATE DE NAISSANCE

- Indiquer le jour, le mois et l'année.

2) SEXE

- Indiquer 1 pour masculin, 2 pour féminin.

3) NUMÉRO D'ASSURÉ SOCIAL

- Ce numéro comporte **13 caractères**.

⁶ Cette disposition s'applique dans les circonstances suivantes :

- la grossesse, l'accouchement (accouchement dit "sous X") et l'interruption volontaire de grossesse : se reporter pour les deux premiers cas à l'article 20 du décret n°74-27 du 14 janvier 1974, pour la dernière à la circulaire du 10 mars 1975 relative à l'application de la loi du 17 janvier 1975 ;
- la prise en charge de toxicomanes : se reporter à l'article 34 du décret du 14 janvier 1974 pré-cité ou à l'article L. 355-21 du code de la santé publique.

⁷ Remarque : Dans le recueil PMSI SSR, le numéro d'hospitalisation du patient n'est recensé pour aucun patient (voir paragraphe 7 du présent chapitre).

4) NUMÉRO DE RANG DU BÉNÉFICIAIRE

- Le "**Numéro de rang du bénéficiaire**" est mentionné en principe sur la carte de sécurité sociale de l'assuré.

- Celui-ci est fonction du statut familial du bénéficiaire :

. Assuré :	010
. Conjoint :	020
. Autre ayant droit :	030
. Enfant :	04 (n) " n " indique le rang de naissance de l'enfant
. Concubin :	090

- Lorsque le bénéficiaire est un enfant, coder :

041 s'il s'agit du premier enfant,
042 s'il s'agit du second, etc...
051 s'il s'agit du dixième enfant
052 s'il s'agit du onzième, etc....

5) CODE POSTAL DU LIEU DE RÉSIDENCE

- Pour les patients résidant à l'étranger, le "**Code postal du lieu de résidence**" est **99000**, quel que soit le pays de résidence (Cette consigne sera affinée ultérieurement afin de distinguer les différents pays étrangers).

- Si le "**Code postal du lieu de résidence**" est **inconnu**, coder **99999** pour "code postal inconnu".

6) NUMÉRO FINESS

- Le "**Numéro FINESS**" est le numéro de la structure enquêtée. Dans le "Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux", les structures de santé sont identifiées par deux numéros :

. l'un concernant l'entité juridique à laquelle elles sont rattachées,

. et l'autre concernant l'établissement.

- Inscrire :

- . le numéro de l'entité juridique pour les structures enquêtées au niveau entité juridique,
- . le numéro de l'établissement pour les structures enquêtées au niveau établissement (voir paragraphe 2 "Niveau de recueil" du 1er chapitre "Champ de production des Résumés Hebdomadaires Standardisés").

7) "NUMÉRO DE SÉJOUR SSR" DU PATIENT

- Ce numéro, attribué à chaque séjour d'un patient dans une unité de soins de suite ou de réadaptation, est un **numéro d'ordre aléatoire ou séquentiel qui ne doit pas correspondre, pour des raisons de confidentialité, au numéro d'hospitalisation du patient mentionné dans son dossier administratif.**

- **Son attribution est placée sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale** qui conserve une table de correspondance entre les deux numéros ou entre le "**Numéro de séjour SSR**", attribué au patient dans le cadre du recueil, et son identité.

- **Si un patient fait l'objet de plusieurs séjours SSR en hospitalisation complète (ou de semaine) au sein de la même structure, un "Numéro de séjour SSR" est attribué à chacune de ses hospitalisations** (voir schéma illustratif page 15).

Par exemple, un patient ayant trois hospitalisations complètes (ou de semaine) dans une structure au cours d'une année (l'une d'un mois en janvier, une autre de trois semaines en avril et la dernière de deux semaines en octobre) fait l'objet de trois "Numéros de séjours SSR" au cours de cette année.

- **En revanche, si un patient est pris en charge en "Hospitalisation partielle"⁸, un même séjour (et par conséquent un même "Numéro de séjour SSR") peut recouvrir des prises en charges discontinues.**

Par exemple, si un patient est pris en charge en hospitalisation de jour 3 jours par semaine, interrompt ce protocole pendant deux semaines (au cours desquelles il part en vacances) puis revient afin de poursuivre son traitement, la structure enquêtée est, selon son mode de gestion, libre d'attribuer :

- * un seul "Numéro de séjour SSR" recouvrant cette prise en charge discontinue,*
- * ou deux "Numéros de séjour SSR" attribués respectivement à chacune de ces deux*

⁸ Par commodité, on entend ici par "hospitalisation partielle" l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit et les traitements et cures ambulatoires.

séquences.

En tout état de cause, des venues élémentaires (en hospitalisation de jour ou de nuit) ou des séances (en traitements et cures ambulatoires) réalisées au cours de la même semaine ne peuvent donner lieu à plusieurs "Numéros de séjour SSR", dès lors qu'il n'y a pas rupture de la prise en charge par un autre type d'hospitalisation (voir schéma illustratif page ci-contre).

Par exemple, un patient pris en charge en hospitalisation de jour le lundi et le vendredi d'une même semaine ne peut faire l'objet que d'un seul "Numéro de séjour SSR".

- Si un patient change de "Type d'activité"⁹ au sein du champ SSR de la même structure, un nouveau "Numéro de séjour SSR" lui est attribué (voir schéma illustratif page ci-contre).

Dans le cadre du recueil PMSI SSR, l'hospitalisation de semaine est assimilée à l'hospitalisation complète. Par conséquent, le passage de l'un à l'autre de ces "Types d'activité" au sein de la structure enquêtée n'entraîne pas de changement de "Numéro de séjour SSR".

Exemples :

. Si un patient est pris en charge en hospitalisation complète du jeudi 9 avril 1998 au samedi 25 avril 1998 et qu'il passe la semaine suivante en hospitalisation de jour (au sein de la structure enquêtée), deux "Numéros de séjours SSR" lui seront attribués :

- * l'un pour sa prise en charge en hospitalisation complète,*
- * et l'autre pour celle en hospitalisation de jour.*

. Si la prise en charge d'un patient en hospitalisation de jour les lundi 6 et mardi 7 avril 1998 est interrompue par un passage en hospitalisation complète les mercredi 8 et jeudi 9 avril pour ensuite être reprise le vendredi 10 avril 1998 (au sein de la structure enquêtée), trois "Numéros de séjours SSR" lui seront attribués :

- * un pour sa prise en charge en hospitalisation de jour en début de semaine,*
- * un pour son hospitalisation complète de 2 jours,*
- * un dernier pour sa reprise d'hospitalisation de jour le vendredi.*

- Si un patient change d'unité médicale de SSR :

- . au cours du même séjour,**
- . au sein de la même structure,**
- . et sans changer de "Type d'activité"** (le passage d'hospitalisation complète à hospitalisation de semaine ou vice versa n'est pas considéré comme un changement de "Type d'activité").

⁹ Les types d'activité (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, etc...) sont définis dans le 4ème paragraphe "Types d'activité" du 1er chapitre "Champ de production des Résumés Hebdomadaires Standardisés".

alors son "Numéro de séjour SSR" reste identique.

Chapitre V

VOLET "MOUVEMENTS"

Ce volet ne doit être renseigné que pour les patients pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine.

1) DATE D'ENTRÉE

- Indiquer le jour, le mois et l'année.

2) MODE D'ENTRÉE

- **Trois "Modes d'entrée"** du patient pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine dans une unité médicale de SSR sont **possibles** :

. **"Par mutation"** (code 6) : Entrée d'un patient provenant d'une autre unité médicale d'hospitalisation complète (ou de semaine) de la structure, cette unité pouvant relever d'un autre secteur que celui des soins de suite ou de réadaptation.

Par exemple, un patient qui passe d'une hospitalisation complète (ou de semaine) dans une unité de soins de courte durée à une hospitalisation complète (ou de semaine) dans une unité de SSR enregistre une entrée "Par mutation".

. **"Par transfert"** (code 7) : Entrée en provenance d'une autre structure.

. **"En provenance du domicile"** (code 8) (une maison de retraite est considérée comme un domicile)

- **Pour déterminer s'il y a "Mutation" ou "Transfert", la structure à considérer est :**

. **"l'Entité juridique"** pour :

les structures de statut juridique public,
à l'exception de celles qui sont autorisées par l'autorité de tutelle à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier ;

. **"l'Établissement"** pour :

les établissements de santé privés (y compris ceux à but non lucratif admis à

participer à l'exécution du service hospitalier et qui ont comme mode de fixation de tarif le budget global),

les structures de statut public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

- Sont également considérées "En provenance du domicile" les entrées correspondant aux situations suivantes :

. Venues d'un établissement d'hébergement médico-social,

Par exemple des personnes âgées venant d'une maison de retraite ou d'un logement foyer (avec ou sans cure médicale)

. Venues d'un établissement d'hébergement social,

Par exemple des patients venant d'un "établissement concourant à la protection de l'enfance" (établissement d'accueil mère-enfant, pouponnière à caractère social, foyer de l'enfance, maison d'enfants à caractère social etc...)

. Venues de patients hospitalisés à domicile ou bénéficiant de services de soins à domicile.

Remarque : Sont donc considérés "En provenance du domicile" les patients venant d'un établissement d'hébergement (médico-social ou social) ou pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile, y compris si cet établissement ou cette structure relève de l'entité juridique enquêtée.

. Venues de patients "hospitalisés à temps partiel". Par convention, les patients qui viennent d'être "hospitalisés à temps partiel", c'est-à-dire en hospitalisation de jour, en hospitalisation de nuit ou en traitements et cures ambulatoires, sont considérés comme provenant du domicile.

3) PROVENANCE

- Ne renseigner que si le patient entre dans l'unité médicale par "Mutation" ou par "Transfert".

- Quatre types d'entrée par "Mutation" ou par "Transfert" sont possibles. En provenance de :

. Unité de soins de courte durée (code 1)

. **Unité de soins de suite ou de réadaptation** (code 2)

. **Unité de soins de longue durée** (code 3)

. **Unité de psychiatrie** (code 4) : Recouvre également "Unité d'hospitalisation de toxicomanie et alcoolisme".

- **Pour les enfants provenant d'un "établissement d'enfants à caractère sanitaire"** (pouponnière à caractère sanitaire, maison d'enfants à caractère sanitaire temporaire, maison d'enfants à caractère sanitaire permanente), **coder "2" (d'une autre unité de soins de suite ou de réadaptation)**.

4) DATE DE SORTIE

- Indiquer le jour, le mois et l'année.

- **Il s'agit de la date de sortie physique du patient, indépendamment des journées facturables.**

- Une **"Permission de sortie"** du patient **ne doit pas être considérée comme une sortie**, autrement dit le recueil en cours n'est pas clos. Il faut entendre par "Permission de sortie" toute autorisation d'absence supérieure à 12 heures consécutives (en hospitalisation complète). Sa durée maximum est de 2 jours, augmentée éventuellement des délais de route (circulaire interministérielle n° 127 du 12 décembre 1985).

- En revanche, **une interruption de séjour, sortant du cadre de cette "Permission de sortie", suivie d'une réhospitalisation du patient dans la même unité médicale doit être enregistrée comme une sortie** et un nouveau "Numéro de séjour SSR" est alors attribué au patient.

- **Si le patient passe d'hospitalisation complète (ou de semaine) à "Hospitalisation partielle"¹⁰, même au sein de la même unité médicale, il y a sortie ("vers le domicile")** et un nouveau "Numéro de séjour SSR" est attribué au patient.

Si cette modification de prise en charge s'accompagne d'un changement d'unité médicale, un nouveau numéro d'unité médicale doit en plus être généré.

- **Si le patient change d'unité médicale de SSR, un nouveau numéro d'unité médicale doit être généré.**

¹⁰ Pour rappel : on entend ici par "Hospitalisation partielle", l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit et les traitements et cures ambulatoires.

S'il s'agit d'un passage d'une unité d'hospitalisation complète (ou de semaine) à une autre unité d'hospitalisation complète (ou de semaine), une sortie par "Mutation" doit être enregistrée dans l'unité dont sort le patient tandis qu'une entrée par "Mutation" doit être enregistrée dans l'unité d'accueil du patient, s'il s'agit d'une unité de SSR.

5) MODE DE SORTIE

- **Quatre "Modes de sortie"** du patient pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine dans une unité médicale de SSR sont **possibles** :

. **"Par mutation"** (code 6) : Sortie vers une autre unité médicale d'hospitalisation complète (ou de semaine) de la structure, cette unité pouvant relever d'un autre secteur que celui des soins de suite ou de réadaptation.

Par exemple, un patient qui sort d'une hospitalisation complète dans une unité SSR pour être hospitalisé à temps complet dans une unité de soins de longue durée enregistre une sortie "par mutation".

. **"Par transfert"** (code 7) : sortie vers une autre structure

. **"Vers le domicile"** (code 8)

. **"Par décès"** (code 9)

- **Pour déterminer s'il y a sortie par "Mutation" ou par "Transfert", reprendre le même raisonnement que celui énoncé pour le choix du "Mode d'entrée".**

- **La notion de "Domicile" recouvre les mêmes situations que celles décrites dans le cadre du "Mode d'entrée".**

6) DESTINATION

- **Ne renseigner que si le patient sort de l'unité médicale par "Mutation" ou par "Transfert".**

- **Quatre types de sortie par "Mutation" ou par "Transfert" sont possibles :**

. **Unité de soins de courte durée** (code 1)

. **Unité de soins de suite ou de réadaptation** (code 2)

. **Unité de soins de longue durée** (code 3)

. **Unité de psychiatrie** (code 4) : Recouvre également "Unité d'hospitalisation de toxicomanie et alcoolisme".

Voir tableau récapitulatif sur les "mouvements" des patients page 27.

Chapitre VI

LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

- Les informations renseignées dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) doivent être décrites strictement **pour chacune des semaines (du lundi au dimanche), quel que soit le nombre de journées de présence du patient au cours de ces semaines** (voir schémas illustratifs pages suivantes).

Par exemple, si un patient est hospitalisé du 16 avril au 26 avril 1998, un premier RHS décrira ses caractéristiques du jeudi 16 au dimanche 19 inclus et couvrira donc 4 jours de son hospitalisation, tandis que le deuxième résumé concernera 7 jours, du lundi 20 au dimanche 26 avril inclus.

- **En cas d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation de nuit ou de traitements et cures ambulatoires, un RHS est établi pour l'ensemble des venues élémentaires ou des séances se déroulant pendant la semaine** (dès lors qu'il n'y a pas de changement de "type d'activité").

- Le Résumé Hebdomadaire Standardisé est **établi de façon rétrospective** pour chaque semaine, quelle que soit la date à laquelle le bilan est réalisé.

1) SITUATIONS DONNANT LIEU À LA CLÔTURE DU RHS EN COURS DE SEMAINE

- **Toute sortie du patient, pris en charge en hospitalisation complète ou de semaine, avant le dimanche clôturant la semaine entraîne la fermeture du RHS**, qu'il s'agisse :

. d'une "mutation", c'est-à-dire d'un changement d'unité médicale d'hospitalisation complète ou de semaine au sein de la structure enquêtée (voir schémas illustratifs pages suivantes),

. d'un "transfert",

. d'une sortie "vers le domicile",

. ou d'un "décès".

- **Une "Permission de sortie" ou une absence le samedi et le dimanche, en cas**

d'hospitalisation de semaine, n'entraîne pas la fermeture du RHS.

2) DATE DU RHS

Indiquer la **date du lundi de la semaine** pour laquelle est établi le RHS, y compris si le patient n'est pas pris en charge dès le lundi de cette semaine.

Par exemple, si un patient est en hospitalisation de jour le mercredi 22 avril et le vendredi 24 avril 1998, la "Date du RHS" est le lundi 20 avril 1998. En revanche, seules sont cochées les "Journées de présence" du mercredi et du vendredi pour ce RHS (voir ci-après en paragraphe 4 de ce chapitre).

3) NUMÉRO D'UNITÉ MÉDICALE

- On désigne par "**Unité médicale**" un **ensemble individualisé de moyens assurant des soins aux malades**, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement.

- Le "**Numéro d'unité médicale**" est toujours celui de l'unité dans laquelle se situe le lit SSR ou la place SSR du patient, y compris lorsque l'équipe médicale qui assure la prise en charge est rattachée à une unité différente¹¹.

- Dans les établissements publics et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), le "Numéro d'unité médicale" correspond à une "unité fonctionnelle"¹² ou à un groupe d'unités fonctionnelles (quelle que soit sa dénomination dans l'établissement : "unité fonctionnelle", "service", "département", "fédération" etc...).

Ce "Numéro d'unité médicale" peut, selon l'organisation interne de l'établissement, recouvrir ou non un "Type d'activité" (hospitalisation complète, hospitalisation de jour etc...).

- Dans les autres établissements privés, l'unité médicale peut être par exemple assimilée à la discipline médico-tarifaire, voire à l'établissement.

¹¹ Il est évident que pour leur gestion interne, les établissements, dans ce cas de figure, ont intérêt à repérer ces deux notions.

¹² Une unité fonctionnelle est une structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante, identifiée par sa fonction et son organisation.

4) JOURNÉES DE PRÉSENCE

- Pour chaque semaine, **chaque journée de présence du patient** dans l'unité médicale **doit être cochée, y compris en cas d'hospitalisation complète ou de semaine :**

. **Les journées d'entrée et de sortie** (et quelles que soient les règles de facturation) à l'exception des journées de sortie "**par mutation**" au sein du champ SSR.

. **Et les journées du week end** (dès lors que le patient est présent).

- **En cas de "mutation" au sein du champ SSR (et seulement au sein du champ SSR), pour éviter de comptabiliser deux fois une même journée, la règle est de cocher la journée dans la (dernière) unité d'accueil et non dans l'unité dont sort le patient.**

Dans ce cas, le volet "Mouvements" de l'unité SSR que quitte le patient enregistre comme "Date de sortie" la date de la journée de mutation.

Exemples :

. *Un patient passant le mercredi 22 avril 1998 d'une unité d'hospitalisation complète SSR (unité A) à une unité d'hospitalisation complète de soins de courte durée (unité B) au sein de la même structure enregistre un RHS pour l'unité A avec :*

comme "Date de RHS" : le 20 avril 1998,

comme "Date de sortie" : le 22 avril 1998,

comme "Mode de sortie" : "mutation"

comme "Destination" : "unité de soins de courte durée"

comme "Journées de présence" : le lundi 20, le mardi 21 et le mercredi 22 avril 1998.

. *Un patient passant le mercredi 22 avril 1998 d'une unité d'hospitalisation complète SSR (unité A) à une autre unité d'hospitalisation complète SSR (unité B) au sein de la même structure enregistre :*

Un RHS pour l'unité A avec :

comme "Date de RHS" : le 20 avril 1998,

comme "Date de sortie" : le 22 avril 1998,

comme "Mode de sortie" : "mutation"

comme "Destination" : "unité de soins de suite ou de réadaptation"

comme "Journées de présence" : le lundi 20 avril et le mardi 21 avril 1998.

Un RHS pour l'unité B avec :

comme "Date de RHS" : le 20 avril 1998,

comme "Date d'entrée" : le 22 avril 1998,

comme "Mode d'entrée" : "mutation"

comme "Provenance" : "unité de soins de suite ou de réadaptation"

comme "Journées de présence" : le mercredi 22 avril 1998 ainsi que les autres journées de la semaine.

Remarque : *S'agissant d'une "mutation" au sein du champ SSR, la journée de "mutation" n'est cochée que dans l'unité d'accueil du patient et non dans celle dont il sort.*

- Chaque "Journée de présence" du patient doit être cochée, **qu'il soit pris en charge en hospitalisation complète, en hospitalisation de semaine, en hospitalisation de jour, en hospitalisation de nuit ou en traitements et cures ambulatoires.**

. Pour les patients pris en charge en hospitalisation de semaine, les journées du samedi et du dimanche ne sont pas cochées.

. Pour les patients bénéficiant d'une "Permission de sortie", telle que définie précédemment, ne pas cocher :

- * la journée de départ si celui-ci a lieu avant 12 heures,
- * la journée de retour si celui-ci a lieu après 12 heures.

. Pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation de nuit ou en traitements et cures ambulatoires, cocher chaque journée de venue(s) ou de séance(s), quel que soit le nombre de venues ou de séances réalisées au cours de chacune de ces journées.

. Pour les patients pris en charge en hospitalisation de nuit, cocher la journée d'arrivée.

Par exemple, si un patient est hospitalisé la nuit du mardi au mercredi, cocher la journée du mardi.

Voir tableau récapitulatif sur les "mouvements" des patients page ci-contre.

5) DATE DE LA DERNIÈRE INTERVENTION CHIRURGICALE

- À renseigner si le patient a subi une intervention chirurgicale en relation avec la prise en charge en soins de suite ou de réadaptation :

. **au cours de la semaine de prise en charge**, même si l'intervention chirurgicale s'est déroulée à l'extérieur de l'unité médicale ou de la structure dans laquelle le patient est pris en charge.

ou

. **au cours des 3 mois précédant la date du lundi de la semaine au cours de laquelle le patient est pris en charge.**

Chapitre VII

MORBIDITÉ

- La morbidité portée sur le Résumé Hebdomadaire Standardisé est **renseignée à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient en suivant trois étapes successives** dont le déroulement est le suivant :

. **Extraction et synthèse** des informations pertinentes.

. **Hierarchisation** des informations sélectionnées avec recherche d'une "finalité principale de prise en charge", d'une "manifestation morbide principale", d'une "affection étiologique", et d'au maximum cinq "diagnostics associés significatifs" (concepts développés ci-après).

. **Codage** des informations sélectionnées et hiérarchisées permettant de les traduire dans un langage commun, en l'occurrence ici la **Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10)**, sans lequel l'échange et la comparaison des informations sont impossibles.

Le codage doit ainsi constituer la dernière étape de la démarche permettant de renseigner la morbidité.

L'utilisation des volumes I ("table analytique") et III ("index alphabétique")¹³ de la CIM10 est indispensable pour coder la morbidité du RHS.

Les règles particulières d'utilisation de la CIM10 dans le cadre du recueil "PMSI SSR" sont énoncées dans ce chapitre.

- La **morbidité**, comme les autres variables du RHS, doit être **décrite de façon rétrospective** à la fin de chaque semaine d'observation. **Cette description peut varier d'une semaine à l'autre** selon l'évolution de :

- . l'état clinique du patient,
- . l'orientation de sa prise en charge ou de son traitement.

- **Dans le cadre du recueil PMSI, la sélection et la hiérarchisation des informations sur la**

¹³ Ces ouvrages, publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé, sont disponibles en librairie.

morbidité doivent être réalisées sous l'angle de la mobilisation des ressources.

1) TROIS QUESTIONS À SE POSER POUR DÉCRIRE LA MORBIDITÉ DU PATIENT ET HIÉRARCHISER LES INFORMATIONS

1) *Comment et pour quoi le malade a-t'il été principalement pris en charge pendant la semaine ?*

- Deux variables complémentaires permettent de répondre à cette question :

. La "Finalité principale de la prise en charge"

C'est *une action* qui peut le plus souvent être décrite par un verbe en répondant aux questions suivantes :

Qu'est ce qui a été fait à ce patient pendant cette semaine ?

Sur quoi a porté l'essentiel de l'action médicale et soignante pendant cette semaine chez ce patient ?

par exemple "soins impliquant une rééducation"

. La "Manifestation morbide principale"

C'est *l'altération ou le problème fonctionnel ou organique* sur laquelle ou lequel s'exerce l'action,

par exemple "hémiplégie"

Remarque : Contrairement aux autres variables décrivant la morbidité du patient, **ces deux informations doivent être obligatoirement mentionnées sur le RHS** pour rendre possible le classement de celui-ci dans un Groupe Homogène de Journées.

- Ces informations doivent cerner la **finalité et la manifestation morbide prédominant la prise en charge**, c'est-à-dire **celles qui mobilisent l'essentiel de l'effort soignant, médical et non médical, au cours de la semaine observée.**

- Elles sont **déterminées de façon rétrospective** au terme de la semaine considérée, et en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine.

12) **Quelle est l'affection d'origine ?**

- Une variable permet de répondre à cette question :

. **"L'affection étiologique"**

C'est *l'étiologie* de la "Manifestation morbide principale",

par exemple "traumatisme crânien"

13) **Y-a-t'il des motifs de prise en charge ou des diagnostics associés significatifs ?**

- **Jusqu'à cinq motifs de prise en charge ou diagnostics associés peuvent être décrits.**

La hiérarchisation des pathologies multiples est indispensable pour analyser la prise en charge médicale des patients, quelle que soit la catégorie des lits d'hospitalisation.

Dans le cadre de la description médico-économique de l'activité des unités de "soins de suite ou de réadaptation", cette **hiérarchisation** doit être **fondée sur le caractère actif de l'affection**, sous peine de perdre l'information sur la prise en charge réelle des pathologies.

- Les **"Diagnostics associés significatifs"** sont ainsi définis :

Est considérée comme significative toute comorbidité associée, ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours de la semaine considérée, dans le cadre d'une :

- . affection nouvelle,
- . évolution d'une affection connue, avec ou sans facteurs déclenchants,
- . décompensation d'une altération organique connue,
- . affection aiguë intercurrente à durée limitée,
- . affection chronique en cours de traitement.

Ne doivent pas être retenus comme significatifs les antécédents, c'est-à-dire les maladies dont un patient a souffert antérieurement, mais qui sont guéries. Il s'agit là d'"antécédents" selon l'acceptation restreinte du terme, c'est-à-dire de maladies qui ont été présentes à un moment donné mais qui n'existent plus lors de la semaine de prise en charge hospitalière analysée.

Par exemple :

Rééducation après infarctus antéroseptal du myocarde. Pendant la première semaine d'hospitalisation, nécessité d'équilibration d'un diabète insulino-dépendant connu depuis 10 ans. Patient "ancien" asthmatique non traité, sans aucun problème respiratoire au cours de

l'hospitalisation. Pour cette première semaine :

"Finalité principale de prise en charge" : Z50.0 "Rééducation des cardiaques"

"Manifestation morbide principale" : I21.0 "Infarctus transmural (aigu) du myocarde, de la paroi antérieure"

"Affection étiologique" : non renseignée

"Diagnostics associés significatifs" : E10.9 "Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication".

En revanche, la maladie asthmatique stabilisée ne constitue pas un "Diagnostic associé significatif".

2) CODAGE DE LA "FINALITÉ PRINCIPALE DE PRISE EN CHARGE"

- La "Finalité principale de prise en charge" est **renseignée exclusivement par un code "Z" du chapitre XXI de la CIM-10** : *"Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé"* (Z00.- à Z99.-).

- **Seuls les codes "Z" caractérisant une action sont utilisables** pour décrire la "Finalité principale de prise en charge" (voir paragraphe 72 de ce chapitre).

- **Si une affection est prise en charge à sa phase aiguë** (voir paragraphe suivant), **alors la "Finalité principale de prise en charge" doit être renseignée en inscrivant "AIGU" derrière la lettre "Z"**.

Remarque : **Certaines situations aiguës**, à l'origine de prises en charge et d'utilisation de ressources manifestement différentes, sont individualisées par l'algorithme de groupage en Groupes Homogènes de Journées¹⁴.

3) CODAGE DE LA "MANIFESTATION MORBIDE PRINCIPALE"

- La "Manifestation morbide principale" est **renseignée par un code des chapitres I à XIX ou XXI de la CIM-10**.

¹⁴ Confer Manuel des Groupes Homogènes de Journées PMSI soins de suite ou de réadaptation (Bulletin officiel n° 97/8 bis)

- Lorsque la "Finalité principale de prise en charge" est intitulée "Z AIGU", la "Manifestation morbide principale" ne peut pas être un code "Z" du chapitre XXI.

- Seuls les codes "Z" caractérisant un état ou un problème fonctionnel ou organique sont utilisables pour décrire la "Manifestation morbide principale" (voir paragraphe 73).

En cas de problème social, certains codes "Z" (comme Z75.1 "Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat", Z42.2 "Besoin d'assistance au domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins") peuvent également être utilisés pour décrire la "Manifestation morbide principale".

- Des "Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs" (codes "R" du chapitre XVIII de la CIM-10) peuvent être utilisés pour renseigner la "Manifestation morbide principale", à l'exception des codes de résultats anormaux d'examens (catégories R70 à R94 incluses) qui sont sans objet en soins de suite ou de réadaptation.

- Pour les brûlés :

- . le siège de la brûlure est codé en "Manifestation morbide principale",
- . et la surface corporelle brûlée est indiquée en "Diagnostic associé significatif".

Par exemple, rééducation d'une brûlure du 3ème degré des membres inférieurs représentant 15 % de la surface du corps :

"Finalité principale de prise en charge" = Z50.1 "Autres thérapies physiques",

"Manifestation morbide principale" = T24.3 "Brûlure du 3ème degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied"

"Affection étiologique" = T31.1 "Brûlure couvrant entre 10 et moins de 20 % de la surface du corps".

- La "Manifestation morbide principale" peut recouvrir des situations différentes :

3₁) Les situations habituelles

- La prise en charge d'une affection chronique : Le patient vient pour rééducation, réadaptation, simple surveillance ou convalescence d'une affection chronique, et cette finalité n'est pas remise en cause au cours de la semaine considérée.

Exemples :

. Hémiplégie par ramollissement cérébral, prise en charge pour rééducation :

"Finalité principale de prise en charge" = Z50.1 "Autres thérapies physiques",

"Manifestation morbide principale" = G81.- "Hémiplégie " (si sans précision : G81.9)
"Affection étiologique" = I63.9 - "Infarctus cérébral, sans précision".

. Artéritique venant pour adaptation d'une prothèse de jambe après amputation :
"Finalité principale de prise en charge" = Z44.1 "Mise en place, ajustement d'une jambe artificielle (totale)(partielle)"
"Manifestation morbide principale" = Z89.5 "Absence acquise de membre inférieur, au niveau du genou ou en dessous"
"Affection étiologique" = I70.2 "Athérosclérose des artères distales".

. Démence sénile de type Alzheimer (D.S.T.A.) en attente de placement : Il conviendrait de faire préciser la raison du recours aux soins de suite ou de réadaptation (surveillance, convalescence, etc ...). En l'absence de finalité plus précise, cette situation se coderait comme suit :
"Finalité principale de prise en charge" = Z51.8 "Autres formes précisées de soins médicaux"
"Manifestation morbide principale" = Z75.1 "Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat"
"Affection étiologique" = F00.1 "Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif", code qui inclut la D.S.T.A.

- **La suite de soins aigus** : Le patient vient pour rééducation, réadaptation, surveillance ou convalescence suite à une affection aiguë, et cette finalité n'est pas remise en cause au cours de la semaine considérée.

Exemples :

. Malade sortant d'un service de chirurgie osseuse, porteur d'une prothèse de hanche après fracture du col du fémur.
"Finalité principale de prise en charge" = Z50.1 "Autres thérapies physiques"
"Manifestation morbide principale" = Z96.6 "Présence d'implants d'articulation orthopédique"
"Affection étiologique" = S72.00 "Fracture fermée du col du fémur".

. Malade venant pour rééducation après chirurgie cardio-vasculaire (pontage aorto-coronaire) pour un épisode d'angor instable.
"Finalité principale de prise en charge" = Z50.0 "Rééducation des cardiaques"
"Manifestation morbide principale" = Z95.1 "Présence d'un pontage aorto-coronaire"
"Affection étiologique" = I20.0 "Angine de poitrine instable".

. Malade venant pour convalescence après radiothérapie d'un cancer du sein.
"Finalité principale de prise en charge" = Z54.1 "Convalescence après radiothérapie"
"Manifestation morbide principale" = C50.9 "Tumeur maligne du sein, sans précision".

3₂) La prise en charge d'une affection à sa phase aiguë : une situation exceptionnelle

- Elle se produit **uniquement lorsqu'apparaît pendant l'hospitalisation en "soins de suite ou de réadaptation" une complication ou une affection intercurrente aiguë** et que celle-ci est prise en charge dans l'unité de soins de suite ou de réadaptation.

- En cas de prise en charge aiguë, on écrit :

- . la mention "ZAIGU" en "Finalité principale de prise en charge",
- . la "Manifestation morbide principale" dans la rubrique correspondante¹⁵,
- . et en "Affection étiologique", la cause éventuelle de la "Manifestation morbide principale".

Exemples :

. Au cours d'une semaine d'hospitalisation dans un service de soins de suite ou de réadaptation, une patiente de 80 ans présente une rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule (causée par une chute) nécessitant une prise en charge spécifique. Pour cette semaine :

"Finalité principale de prise en charge" = "ZAIGU"

"Manifestation morbide principale" = S43.4 "Entorse et foulure de l'articulation de l'épaule" (code incluant "Coiffe des rotateurs").

. Patient de 81 ans hospitalisé pour rééducation après mise en place d'un pace-maker : au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation, est prise en charge une infection urinaire avec bactériémie à Escherichia Coli (mise en évidence par hémoculture).

Pour cette deuxième semaine :

"Finalité principale de prise en charge" = "ZAIGU"

"Manifestation morbide principale" = A41.5 "Septicémie à d'autres micro-organismes GRAM négatif"

"Affection étiologique" = N39.0 "Infection des voies urinaires, siège non précisé"

"Diagnostics associés significatifs" = Z95.0 "Présence d'un stimulateur cardiaque".

¹⁵ **Rappel** : Lorsque la "Finalité principale de prise en charge" est intitulée " ZAIGU ", la "Manifestation morbide principale" ne peut pas être un code "Z" du chapitre XXI.

4) CODAGE DE "L'AFFECTION ÉTIOLOGIQUE"

- "L'Affection étiologique" est **renseignée par un code des chapitres I à XVII et XIX de la CIM-10.**

- **Ni le chapitre XVIII (codes R00.- à R99.-), ni le chapitre XXI (codes Z00. à Z99.-) ne peuvent être utilisés pour la coder.**

- **L'"Affection étiologique" ne doit être renseignée que lorsqu'elle diffère de la "Manifestation morbide principale".** S'il s'agit du même diagnostic (manifestation = étiologie), alors il est inutile de reproduire le code de la "Manifestation" dans la rubrique "Affection étiologique".

Exemples :

. "Manifestation morbide principale" = "hémiplégie".

"Affection étiologique" = "traumatisme crânien".

. "Manifestation morbide principale" = "fracture engrênée du col du fémur".

"Affection étiologique" = "fracture engrênée du col du fémur".

Dans cet exemple, l'"Affection étiologique", identique à la "Manifestation morbide principale", n'est pas informative et par conséquent ne doit pas être renseignée sur le Résumé Hebdomadaire Standardisé.

- L'"Affection étiologique" est **obligatoirement renseignée lorsque "Finalité principale de prise en charge" et "Manifestation morbide principale" sont toutes deux codées avec un code "Z" du chapitre XXI de la CIM-10.**

Exemple :

Rééducation suite à la mise en place d'une prothèse de hanche pour fracture du col du fémur

"Finalité principale de prise en charge" = Z50.1 "Autres thérapies physiques"

"Manifestation morbide principale" = Z96.6 "Présence d'implants d'articul. orthopéd."

"Affection étiologique" = S72.00 "Fracture fermée ou SAI du col du fémur"

- **Les codes R du chapitre XVIII "Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs" ne doivent pas être utilisés pour renseigner l'"Affection étiologique".** En effet, par nature, ces codes n'ont jamais un sens étiologique.

5) CODAGE DES "DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS"

- Les "Diagnostics associés significatifs" sont **renseignés par un code des chapitres I à XIX et XXI de la CIM-10.**

6) RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DE LA CIM-10

Remarque : Les **consignes** présentées dans ce document sont **spécifiques au recueil d'information standard "PMSI soins de suite ou de réadaptation"**. Certaines d'entre elles figurent néanmoins dans la CIM-10.

6.1) Nombre de caractères des codes CIM-10

- Les codes "tête de catégorie" à 3 caractères ne doivent pas être utilisés dans le recueil, s'ils comportent une subdivision.

. Seuls doivent être utilisés les codes à 4 caractères ou plus, dès lors que ceux-ci sont déclinés pour une catégorie.

Par exemple, il faut utiliser J45.0 "Asthme à prédominance allergique" et non pas "J45" "asthme".

- **En revanche, les codes à 3 caractères sans extension** comme J46 "État de mal asthmatique" ou J47 "Bronchectasie" **sont acceptés.**

. Lorsqu'un **code** de la CIM-10 comporte seulement 3 caractères, il est **cadré à gauche.**

62) Emploi du double codage †/* de la CIM-10

- Pour certaines situations cliniques, la CIM-10 facilite la distinction entre "manifestation" (code "astérisque" repéré par *) et "affection étiologique" (code "dague" repéré par †).

- Lorsque le diagnostic auquel la CIM attribue un double codage (* / †) correspond à la "Manifestation morbide principale", les deux codes complémentaires (* / †) doivent être obligatoirement mentionnés¹⁶ comme suit :

. Le code * doit renseigner la "Manifestation morbide principale",

. Et le code † l'"Affection étiologique".

- Lorsqu'il s'agit d'un "Diagnostic associé significatif", les codes * et † sont, dans la mesure du possible, tous deux mentionnés en "Diagnostics associés significatifs". Compte-tenu du nombre limité (cinq) de diagnostics associés, si une sélection est nécessaire, on privilégiera celui qui motive une prise en charge (c'est-à-dire, dans la majorité des cas, le code * de manifestation).

- Lorsque la CIM-10 attribue à une affection un code marqué d'un astérisque sans mentionner le code dague associé, il revient au médecin chargé du recueil de déterminer lui-même l'affection étiologique correspondante.

Par exemple "Anémie au cours d'une polyarthrite rhumatoïde", le code D63.8 de l'Anémie est marqué d'un astérisque. La polyarthrite rhumatoïde en est bien l'étiologie alors qu'elle n'est pas marquée d'une dague (Confer catégories M05 et M06).

- Ces règles doivent être étendues aux **séquelles** qui, bien que non signalées par le système † / * repèrent des affections liées par le même rapport étiologie ↔ manifestation.

En conséquence, lorsque la prise en charge est motivée par une séquelle, **on code :**

. En "Manifestation morbide principale", la *nature* de la séquelle,

. Et en "Affection étiologique", le code de séquelle proprement dit¹⁷.

¹⁶ Une exception qui ne figure pas dans la CIM, est spécifique au recueil "PMSI SSR" : la démence d'Alzheimer (F00.- *) avec laquelle on ne codera la maladie d'Alzheimer (G30.- †) que si elle est prouvée histologiquement.

¹⁷ Catégories B90 à B94, E64, E68, G09, I69, O97, T90 à T98.

Exemples :

. Monoplégie séquellaire d'une poliomyélite : on privilégie la monoplégie G83.1 par rapport à la séquelle de poliomyélite B91 ;

. Hémiplégie séquellaire d'un accident vasculaire cérébral : l'hémiplégie est privilégiée G81.- par rapport à la séquelle de maladie cérébro-vasculaire I69.- ;

. Trouble du comportement séquellaire d'un traumatisme crânien : on privilégie le trouble du comportement F07.2 par rapport aux séquelles du traumatisme T90.-.

. Rééducation d'une aphasie séquellaire d'un accident vasculaire cérébral :

"Finalité principale de prise en charge" = Z50.5 "Rééducation du langage"

"Manifestation morbide principale" = R47.0 "Dysphasie et aphasie"

"Affection étiologique" = I69.4 "Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus".

63) Les chapitres de la CIM-10 qui ne doivent jamais être utilisés dans le RHS

- Quelle que soit la variable décrivant la morbidité, **ne doivent jamais être utilisés :**

. ni le chapitre XX de la CIM-10 "Causes externes de morbidité et de mortalité" (codes V01.- à Y98.-),

. ni la "nomenclature codée de la morphologie des tumeurs", présentée en fin du volume 1 de la CIM-10 pages 1269 à 1296.

En effet, l'essentiel de la prise en charge en soins de suite ou de réadaptation est conditionné par :

. le type et la localisation du traumatisme (fracture de jambe), plus que par sa cause externe (accident de la voie publique ou de ski) ;

. la manifestation de l'intoxication (coma, troubles du rythme), plus que par le type de produits en cause (benzodiazépines, digitaline, ...) ;

. la localisation d'une tumeur (cancer du poumon, cancer de l'estomac), plus que par son type anatomo-pathologique.

64) Tableau récapitulatif d'utilisation des chapitres de la CIM-10

VARIABLES DE MORBIDITÉ	CHAPITRES CIM-10					Nomenclature codée de la morphologie des tumeurs
	I à XVII	XVIII	XIX	XX	XXI	
"Finalité principale de prise en charge"	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
"Manifestation morbide principale"	Oui	Oui (sauf R70 à R94)	Oui	Non	Oui (sauf si "Final. princip." = "ZAIGU")	Non
"Affection étiologique"	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
"Diagnostics associés significatifs"	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non

7) RÈGLES D'UTILISATION DES CODES "Z"

7₁) Les codes "Z" qui ne doivent jamais être utilisés

- . ni en "Finalité principale de prise en charge",
- . ni en "Manifestation morbide principale",
- . ni en "Affection étiologique",
- . ni en "Diagnostic associé significatif".

- Ces codes sont les suivants :

	Codes Z à ne jamais utiliser
Z10.2	Examen général de routine des forces armées
Z37.0	Naissance unique, enfant vivant
Z37.1	Naissance unique, enfant mort-né
Z37.2	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants
Z37.3	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né
Z37.4	Naissance gémellaire, jumeaux morts-nés
Z37.5	Autres naissances multiples NCA, tous nés vivants
Z37.6	Autres naissances multiples NCA, certains enfants nés vivants
Z37.7	Autres naissances multiples NCA, tous morts-nés
Z37.9	Résultat de l'accouchement, sans précision
Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital
Z38.1	Enfant unique, né hors de l'hôpital
Z38.2	Enfant unique, lieu de naissance non précisé
Z38.3	Jumeaux, nés à l'hôpital
Z38.4	Jumeaux, nés hors de l'hôpital
Z38.5	Jumeaux, lieu de naissance non précisé
Z38.6	Autres naissances multiples, enfants nés à l'hôpital
Z38.7	Autres naissances multiples, enfants nés hors de l'hôpital
Z38.8	Autres naissances multiples, lieu de naissance non précisé
Z39.0	Soins et examens immédiatement après l'accouchement
Z39.1	Soins et examens de l'allaitement maternel
Z39.2	Contrôle de routine au cours du post-partum
Z71.0	Personne consultant pour le compte d'un tiers
Z76.3	Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade

72) Les codes "Z" pour renseigner la "Finalité principale de prise en charge"

Catégories Z00 "Examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté": ne pas utiliser car sans objet en soins de suite ou de réadaptation.

Catégories Z01 "Autres examens spéciaux et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté" : utilisable pour les bilans urodynamiques, de paraplégie (Z01.8....).

Catégorie Z02 "Examen médical et prise de contact à des fins administratives" : utilisable.

Exemples :

- . bilans d'évaluation professionnelle¹⁸ à la demande du patient, de ses thérapeutes ou d'une administration¹⁹ (Sécurité sociale, COTOREP, médecine du travail...) avant embauche ou changement de poste : Z02.1 "Examen d'embauche",
- . bilan pour vérifier la capacité à conduire d'un paraplégique ou d'un amputé : Z02.4 "Examen pour le permis de conduire" ;
- . classement d'un patient selon les catégories de Handisport : Z02.5 à utiliser pour les bilans en vue de la pratique d'un sport.
- . évaluations des aptitudes ou des incapacités, bilan pour la COTOREP : Z02.6 "Examen à des fins d'assurance" ou Z02.7 "Délivrance d'un certificat médical" selon le cas²⁰.

L'affection motivant la demande administrative est décrite en "manifestation morbide principale".

Catégorie Z03 "Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies" : rubrique de "suspensions non confirmées", utilisation exceptionnelle.

Catégorie Z04 "Examen et mise en observation pour d'autres raisons": autre rubrique de "suspensions non confirmées" ; ne pas utiliser car sans objet comme "Finalité principale de prise en charge" en soins de suite ou de réadaptation.

¹⁸ À l'exclusion des prises en charge pour rééducation professionnelle (Z50.7).

¹⁹ À l'exclusion des bilans professionnels effectués à la demande du patient ou de ses thérapeutes (rubrique Z56).

²⁰ Z02.6 comprend toutes les prises en charge à des fins d'assurance, qu'elles s'accompagnent ou non de la délivrance d'un certificat médical ; Z02.7 comprend tous les autres cas de prise en charge ayant pour but la délivrance d'un certificat médical.

Catégorie Z08 "Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne" : utilisable, le cas échéant, dans certains centres spécialisés.

Catégorie Z09 "Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes" : utilisable²¹.

Exemple : bilan après rééducation d'une fracture de jambe (Z09.4)

Catégorie Z10 "Examen général de routine d'une sous-population définie" : n'utiliser **que les codes Z10.1** "Examen général de routine des résidents d'institution" **et Z10.3** "Examen général de routine des équipes sportives" qui comprend les examens des équipes sportives d'Handisport²².

Catégories Z11 à Z13 "Examens spéciaux de dépistage de maladies" : exceptionnels en soins de suite ou de réadaptation.

Catégorie Z20 "Sujets en contact avec et exposés à des maladies transmissibles" : ne pas utiliser.

Catégorie Z21 "Infection asymptomatique par le VIH" et **Z22** "Sujets porteurs de germes responsables d'une maladie infectieuse" : ne pas utiliser car sans objet.

Catégories Z23 à Z28 (vaccinations) : ne pas utiliser car sans objet.

Catégorie Z29: utilisable.

Catégorie Z30 "Prise en charge d'une contraception" : utilisation exceptionnelle, sauf Z30.1 et Z30.2 qui ne doivent pas être utilisés.

Catégorie Z31 "Mesures procréatives" : utilisation exceptionnelle.

Exemples :

²¹ Bien noter les exclusions en tête de la rubrique sur le volume de la CIM-10.

²² Les codes Z02.5 et Z10.3 s'emploient donc dans des circonstances bien distinctes : Z02.5 pour les bilans en vue de la pratique d'un sport ; Z10.3 pour la surveillance d'un patient *pratiquant* un sport.

- . insémination des paraplégiques (Z31.1),
- . conseils pour la procréation des myopathes, des diabétiques (Z31.5 et Z31.6).

Catégorie Z32 "Examen et test de grossesse", Z33 "Grossesse constatée fortuitement" et Z34 "Surveillance d'une grossesse normale" : ne pas utiliser.

Catégorie Z35 "Surveillance d'une grossesse à haut risque" : utilisable dans certains centres spécialisés mais concerne plutôt les soins de courte durée.

Catégories Z36 "Dépistage prénatal", Z37 "Résultat de l'accouchement", Z38 "Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance" et Z39 "Soins et examens du post-partum" : ne pas utiliser car sans objet.

Catégories Z40 "Opération prophylactique" et Z41 "Thérapie sans raison médicale" : ne pas utiliser car sans objet.

Catégorie Z42 "Soins de contrôle comprenant une opération plastique" : utilisable pour le codage de la finalité principale, lors des semaines postopératoires des interventions de chirurgie plastique, y compris la surveillance de l'expansion cutanée par expandeur²³.

Exemples :

- . chirurgie d'escarre fessière Z42.2,
- . greffe de moignon d'un membre inférieur Z42.4

Catégories Z43 à Z46 "Surveillance de stomies", "Mises en place et ajustements de prothèses et autres appareils" : utilisables²⁴ ;

Remarque : la catégorie Z44 concerne l'appareillage externe et les prothèses, *pas les orthèses* qui se codent au moyen de la catégorie Z46.

L'affection pour laquelle il y a confection de stomie ou mise en place d'une prothèse ou d'un appareil est décrite en "manifestation morbide principale" (par exemple : trachéostomie et bronchopneumopathie chronique).

Exemples :

- . mise en place et ajustement de corset plâtré (scoliose, lombalgies...) : Z46.7 en "Finalité principale de prise en charge" ;
- . mise en place et ajustement de stimulateur électrique pour le traitement de la douleur :

²³ Un bilan à distance d'une intervention chirurgicale (effectuée un mois, six mois, un an... auparavant) se code Z08.0 ou Z09.0

²⁴ Voir plus loin ce qui concerne les rubriques Z93 à Z99.

*Z46.8 en "Finalité principale de prise en charge"
la douleur en "manifestation morbide principale" (utiliser si possible des codes de
douleur localisée, la catégorie R52 n'étant utilisée qu'en dernier recours²⁵)
la cause de la douleur en "affection étiologique".*

Catégorie Z47 "Autres soins de contrôle orthopédiques" : utilisable.

Remarques : Ne pas tenir compte de l'exclusion située en tête de rubrique concernant les *soins impliquant une rééducation (Z50.-)* ; elle correspond à une optique de monocodage à laquelle nous ne sommes pas soumis.

Z47.8 comprend les changements de traction-suspension.

Catégories Z48 "Autres soins de contrôle chirurgicaux" et **Z49** "Surveillance d'une dialyse" : utilisables.

Toutefois, la catégorie Z48 ne sera utilisée que lorsqu'aucun autre code du chapitre XXI ne permet de coder plus précisément l'état postopératoire. Ainsi, on préférera les catégories Z89 pour les amputés, Z94 pour les transplantés ; les codes Z95.1 pour les pontages aorto-coronaires, Z96.6 pour les porteurs de prothèses articulaires, Z96.7 pour les porteurs de matériel d'ostéosynthèse...

Catégorie Z50: utilisable

Pour les rééducations de cardiaques, procéder comme suit :

Après pontage pour infarctus du myocarde :

"Finalité principale de prise en charge" = Z50.0

"Manifestation morbide principale" = Z95.1

"Affection étiologique" = I21.- ou I22.-

Après infarctus sans pontage :

"Finalité principale de prise en charge" = Z50.0

"Manifestation morbide principale" = I21.- ou I22.-

"Affection étiologique" laissée vide

Z50.8 et Z50.9 : n'utiliser qu'en dernier recours car trop imprécis (convalescence : voir Z54).

Catégorie Z51 "Autres soins médicaux" : utilisable.

Exemples :

. rééducation préparatoire à un autre traitement : Z51.4 (kinésithérapie respiratoire intensive avant intervention, rééducation avant prothèse de genou ou de hanche)

²⁵ Pour le codage des douleurs on peut s'aider, outre de l'index alphabétique, des exclusions citées avec la catégorie R52 ; voir également les codes G54.6, G56.4 et la catégorie R30.

. soins palliatifs : Z51.5

Catégorie Z52 "Donneurs d'organes et de tissus" : utilisable (lien entre comas dépassés et donneurs d'organes).

Catégorie Z53 "Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués" : utilisable.

Exemples :

. contre-indication à la rééducation : Z53.0

. sortie contre avis médical Z53.2)

Catégorie Z54 "Convalescence" : utilisable ; à réserver aux cas de convalescence **au sens strict du terme**, sans soins actifs particuliers (la poursuite d'un traitement antérieur entre dans ce cadre).

Catégorie Z55 "Difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation" : ne pas utiliser car sans objet en soins de suite ou de réadaptation.

Catégorie Z56 "Difficultés liées à l'emploi et au chômage" : ne pas utiliser.

Catégorie Z57 "Exposition professionnelle à des facteurs de risque" et Z58 "Difficultés liées à l'environnement physique" : ne pas utiliser.

Catégorie Z59 "Difficultés liées au logement et aux conditions économiques" : ne pas utiliser.

Catégories Z60 à Z65 (difficultés liées à l'environnement social, à une enfance malheureuse, à l'éducation, à l'entourage familial, à des situations psycho-sociales particulières) : ne pas utiliser.

Catégories Z70 "Conseils relatifs aux attitudes, comportement et orientation en matière de sexualité" et Z71 "Sujets en contact avec les services de santé pour d'autres conseils et avis médicaux, non classés ailleurs" : utilisables exceptionnellement, sauf Z71.0 : ne pas utiliser.

Catégorie Z72 "Difficultés liées au mode de vie" : ne pas utiliser.

Catégorie Z73 "Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie" : ne pas utiliser.

Catégorie Z74 "Difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins" : ne

pas utiliser.

Catégorie Z75 "Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé" : ne pas utiliser.

Catégorie Z76 ne pas utiliser, **sauf Z76.1 et Z76.2** : utilisables exceptionnellement.

Catégories Z80 à Z88 "Antécédents personnels et familiaux de certaines maladies" : ne pas utiliser.

Catégories Z89 "Absence acquise d'un membre" et Z90 "Absence acquise d'organes, non classée ailleurs" : ne pas utiliser.

Catégorie Z93 "Stomies" : ne pas utiliser.

Catégorie Z94 "Greffe d'organe et de tissu" : ne pas utiliser.

Catégorie Z95 "Présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires" : ne pas utiliser.

Catégorie Z96 "Présence d'autres implants fonctionnels" : ne pas utiliser.

Catégorie Z97 "Présence d'autres appareils" : ne pas utiliser.

Catégorie Z98 "Autres états post-chirurgicaux" : ne pas utiliser.

Catégorie Z99 "Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs" : ne pas utiliser.

Remarque : En dehors des codes "Z" qui ne doivent jamais être utilisés (listés ci dessus), un code "Z" non utilisable en "Finalité principale de prise en charge" peut néanmoins être utilisé en "Manifestation morbide principale" ou en "Diagnostic associé significatif" (voir ci-après tableau récapitulatif d'utilisation des codes "Z" de la CIM-10).

73) Tableau récapitulatif d'utilisation des codes "Z"

- Les abréviations suivantes sont utilisées :

- . "O" pour "Oui / utilisable",
- . "E" pour "Exceptionnellement utilisable",
- . "N" pour "Non utilisable".

	Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol..	Diag. ass. signific.
Z00.0 EX. MED. Gal.	N	N	N	O
Z00.1 EX. DE ROUTINE DE L'ENFANT	N	N	N	O
Z00.2 EX. À LA PÉRIODE DE CROISSANCE RAPIDE DE L'ENFANCE	N	N	N	O
Z00.3 EX. DE L'ADOLESCENT EN COURS DE CROISSANCE	N	N	N	O
Z00.4 EX. PSY. Gal., NCA	N	N	N	O
Z00.5 EX. D'UN DONNEUR ÉVENTUEL D'ORG. ET DE TISSU	N	N	N	O
Z00.6 EX. DE COMPARAISON ET DE Ctrf. POUR UN PROGRAMME DE RECHERCHE CLINIQUE	N	N	N	O
Z00.8 EX. Gx., NCA	N	N	N	O
Z01.0 EX. DES YEUX ET DE LA VISION	O	N	N	O
Z01.1 EX. DES OREILLES ET DE L'AUDITION	O	N	N	O
Z01.2 EX. DENTAIRE	O	N	N	O
Z01.3 MESURE DE LA TENSION ART.	O	N	N	O
Z01.4 EX. GYNÉCOLOGIQUE	O	N	N	O
Z01.5 TESTS CUTANÉS DE DIAG. ET DE SENSIBILISATION	O	N	N	O
Z01.6 EX. RADIOLOGIQUE, NCA	O	N	N	O
Z01.7 EX. DE LABORATOIRE	O	N	N	O
Z01.8 EX. Spc. PREC., NCA	O	N	N	O
Z01.9 EX. Spc., SAI	O	N	N	O
Z02.0 EX. POUR L'ADMISSION DANS UNE INSTITUTION ÉDUCATIVE	O	N	N	O
Z02.1 EX. D'EMBAUCHE	O	N	N	O
Z02.2 EX. POUR L'ADMISSION DANS UNE AUTRE INSTITUTION	O	N	N	O
Z02.3 EX. D'INCORPORATION DANS L'ARMÉE	O	N	N	O
Z02.4 EX. POUR LE PERMIS DE CONDUIRE	O	N	N	O
Z02.5 EX. POUR LA PRATIQUE D'UN SPORT	O	N	N	O
Z02.6 EX. À DES FINS D'ASSURANCE	O	N	N	O
Z02.7 DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MEDICAL	O	N	N	O
Z02.8 EX. À DES FINS ADMINISTRATIVES, NCA	O	N	N	O
Z02.9 EX. À DES FINS ADMINISTRATIVES, SAI	O	N	N	O
Z03.0 OBS. POUR SUSPICION DE TUBERCULOSE	E	N	N	O
Z03.1 OBS. POUR SUSPICION DE TUMEUR MALIGNNE	E	N	N	O
Z03.2 OBS. POUR SUSPICION DE TROUBLE MENTAL	E	N	N	O
Z03.3 OBS. POUR SUSPICION D'AFFECTION DU SYSTÈME NERVEUX	E	N	N	O
Z03.4 OBS. POUR SUSPICION D'INFARCTUS DU MYOCARDE	E	N	N	O
Z03.5 OBS. POUR SUSPICION D'AUTRES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES	E	N	N	O
Z03.6 OBS. POUR SUSPICION D'INTOXICATION PAR SUBSTANCES INGÉRÉES	E	N	N	O
Z03.8 OBS. POUR SUSPICION D'AUTRES MALALADIES	E	N	N	O
Z03.9 OBS. POUR SUSPICION DE MALADIE, SAI	E	N	N	O
Z04.0 ALCOOTEST ET RECHERCHE DE SUBST. PHARMACO. DANS LE SANG	N	N	N	O
Z04.1 EX. ET OBS. APRÈS UN ACCIDENT DE TRANSPORT	N	N	N	O
Z04.2 EX. ET OBS. APRÈS UN ACCIDENT DE TRAVAIL	N	N	N	O
Z04.3 EX. ET OBS. APRÈS UN AUTRE ACCIDENT	N	N	N	O
Z04.4 EX. ET OBS. APRÈS ALLÉGATION DE VIOL ET DE SÉDUCTION	N	N	N	O
Z04.5 EX. ET OBS. APRÈS D'AUTRES BLESSURES DUES À UNE AGRESSION	N	N	N	O
Z04.6 EX. PSY. Gal., À LA DEMANDE DES AUTORITÉS	N	N	N	O
Z04.8 EX. ET OBS. POUR D'AUTRES RAISONS PREC.	N	N	N	O
Z04.9 EX. ET OBS. POUR UNE RAISON SAI	N	N	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z08.0	EX. DE Ctrl. APRÈS TRAITEMENT CHIR. D'UNE TUM. MAL.	O	N	N	O
Z08.1	EX. DE Ctrl. APRES RADIOTHERAPIE POUR TUM. MAL.	O	N	N	O
Z08.2	EX. DE Ctrl. APRES CHIMIOOTHERAPIE POUR TUM. MAL.	O	N	N	O
Z08.7	EX. DE Ctrl. APRES TRAITEMENTS COMBINES POUR TUM. MAL.	O	N	N	O
Z08.8	EX. DE Ctrl. APRES D'AUTRES TRAITEMENTS POUR TUM. MAL.	O	N	N	O
Z08.9	EX. DE Ctrl. APRES TRAITEMENT POUR TUM. MAL., SAI	O	N	N	O
Z09.0	EX. DE Ctrl. APRES TRAITEMENT CHIR. D'AUTRES AFF.	O	N	N	O
Z09.1	EX. DE Ctrl. APRES RADIOTHERAPIE POUR D'AUTRES AFF.	O	N	N	O
Z09.2	EX. DE Ctrl. APRES CHIMIOOTHERAPIE POUR D'AUTRES AFF.	O	N	N	O
Z09.3	EX. DE Ctrl. APRES PSYCHOTHERAPIE	O	N	N	O
Z09.4	EX. DE Ctrl. APRES TRAITEMENT D'UNE FRAC.	O	N	N	O
Z09.7	EX. DE Ctrl. APRES TRAITEMENTS COMBINES POUR D'AUTRES AFF.	O	N	N	O
Z09.8	EX. DE Ctrl. APRES D'AUTRES TRAITEMENTS POUR D'AUTRES AFF.	O	N	N	O
Z09.9	EX. DE Ctrl. APRES TRAITEMENT POUR UNE AFF., SAI	O	N	N	O
Z10.0	EX. DE MÉDECINE DU TRAVAIL	N	N	N	O
Z10.1	EX. Gal. DE ROUTINE DES RÉSIDENTS D'INSTITUTIONS	E	N	N	O
Z10.2	EX. Gal. DE ROUTINE DES FORCES ARMEES	N	N	N	N
Z10.3	EX. Gal. DE ROUTINE DES ÉQUIPES SPORTIVES	E	N	N	O
Z10.8	EX. Gx. DE ROUTINE D'AUTRES SOUS-POPULATIONS DÉFINIES	N	N	N	O
Z11.0	DEPIST. DE MAL. INFECT. INTEST.	E	N	N	O
Z11.1	DEPIST. DE TUBERCULOSE PULMONAIRE	E	N	N	O
Z11.2	DEPIST. D'AUTRES MAL. BACT.	E	N	N	O
Z11.3	DEPIST. DES INFECTIONS DONT LE MODE DE TRANSMIS. EST SEXUEL	E	N	N	O
Z11.4	DEPIST. DU V.I.H.	E	N	N	O
Z11.5	DEPIST. D'AUTRES MAL. À VIRUS	E	N	N	O
Z11.6	DEPIST. D'AUTRES MAL. À PROTOZOAIRES ET HELMINTHIASES	E	N	N	O
Z11.8	DEPIST. D'AUTRES MAL. INFECT. ET PARASIT.	E	N	N	O
Z11.9	DEPIST. DE MAL. INFECT. ET PARASIT., SAI	E	N	N	O
Z12.0	DEPIST. DE TUM. DE L'ESTOMAC	E	N	N	O
Z12.1	DEPIST. DE TUM. DE L'INTESTIN	E	N	N	O
Z12.2	DEPIST. DE TUM. DE L'APP. RESP.	E	N	N	O
Z12.3	DEPIST. DE TUM. DU SEIN	E	N	N	O
Z12.4	DEPIST. DE TUM. DU COL DE L'UTÉRUS	E	N	N	O
Z12.5	DEPIST. DE TUM. DE LA PROSTATE	E	N	N	O
Z12.6	DEPIST. DE TUM. DE LA VESSIE	E	N	N	O
Z12.8	DEPIST. DE TUM. D'AUTRES LOC.	E	N	N	O
Z12.9	DEPIST. D'UNE TUM., SAI	E	N	N	O
Z13.0	DEPIST. DE MAL. DU SANG, DES ORG. HEMATO. & Tbl. DU SYST. IMMUN.	E	N	N	O
Z13.1	DEPIST. DE DIABETE SUCRÉ	E	N	N	O
Z13.2	DEPIST. DES Tbl. DE LA NUTRITION	E	N	N	O
Z13.3	DEPIST. DES Tbl. MENT.	E	N	N	O
Z13.4	DEPIST. DE CERTAINS Tbl. DU DÉVELOP. DE L'ENFANCE	E	N	N	O
Z13.5	DEPIST. DES AFF. DES YEUX ET DES OREILLES	E	N	N	O
Z13.6	DEPIST. DES AFF. CARDIO-VASC.	E	N	N	O
Z13.7	DEPIST. DES MALF. CONG. ET ANOM. CHROMOS.	E	N	N	O
Z13.8	DEPIST. D'AUTRES MAL. PREC.	E	N	N	O
Z13.9	DEPIST., SAI	E	N	N	O
Z20.0	SUJETS EN CONTACT AVEC DES MAL. INFECT. INTEST.	N	O	N	O
Z20.1	SUJETS EN CONTACT AVEC LA TUBERC.	N	O	N	O
Z20.2	SUJETS EN CONTACT AVEC DES INFECT. DONT LE MODE DE TRANSM. EST SEXUEL	N	O	N	O
Z20.3	SUJETS EN CONTACT AVEC LA RAGE	N	O	N	O
Z20.4	SUJETS EN CONTACT AVEC LA RUBÉOLE	N	O	N	O
Z20.5	SUJETS EN CONTACT AVEC L'HÉPATITE VIRALE	N	O	N	O
Z20.6	SUJETS EN CONTACT AVEC LE V.I.H.	N	O	N	O
Z20.7	SUJETS EN CONTACT AVEC PÉDICULOSE, ACARIASE ET INFESTATIONS NCA	N	O	N	O
Z20.8	SUJETS EN CONTACT AVEC D'AUTRES MAL. TRANSMISSIBLES	N	O	N	O
Z20.9	SUJETS EN CONTACT AVEC UNE MAL. TRANSMISSIBLE SAI	N	O	N	O
Z21	INFECT. ASYMPT. PAR LE V.I.H.	N	O	N	O
Z22.0	SUJET PORTEUR DE TYPHOIDE	N	N	N	O
Z22.1	SUJET PORTEUR D'AUTRES MAL. INTEST. INFECT.	N	N	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z22.2	SUJET PORTEUR DE DIPHTERIE	N	N	N	O
Z22.3	SUJET PORTEUR D'AUTRES MAL. BACT. PREC.	N	N	N	O
Z22.4	SUJET PORTEUR DE MAL. DONT LE MODE DE TRANSM. EST SEXUEL	N	N	N	O
Z22.5	SUJET PORTEUR D'HEPATITE VIRALE	N	N	N	O
Z22.6	SUJET PORTEUR D'UNE INFECT. À HTLV-1	N	N	N	O
Z22.8	SUJET PORTEUR D'AUTRES MAL. INFECT.	N	N	N	O
Z22.9	SUJET PORTEUR D'UNE MAL. INFECT., SAI	N	N	N	O
Z23.0	VACC. CHOLERA SEUL	N	N	N	O
Z23.1	VACC. T.O.B. SEULE	N	N	N	O
Z23.2	VACC. B.C.G.	N	N	N	O
Z23.3	VACC. CONTRE LA PESTE	N	N	N	O
Z23.4	VACC. CONTRE LA TULAREMIE	N	N	N	O
Z23.5	VACC. CONTRE LE TETANOS SEUL	N	N	N	O
Z23.6	VACC. CONTRE LA DIPHTERIE SEULE	N	N	N	O
Z23.7	VACC. CONTRE LA COQUELUCHE SEULE	N	N	N	O
Z23.8	VACC. CONTRE D'AUTRES MAL. BACT. UNIQUES	N	N	N	O
Z24.0	VACC. CONTRE LA POLIO.	N	N	N	O
Z24.1	VACC. CONTRE L'ENCEPHALITE VIRALE TRANSMISE PAR LES ARTHROPODES	N	N	N	O
Z24.2	VACC. CONTRE LA RAGE	N	N	N	O
Z24.3	VACC. CONTRE LA FIEVRE JAUNE	N	N	N	O
Z24.4	VACC. CONTRE LA ROUGEOLE SEULE	N	N	N	O
Z24.5	VACC. CONTRE LA RUBEOLE SEULE	N	N	N	O
Z24.6	VACC. CONTRE L'HEPATITE VIRALE	N	N	N	O
Z25.0	VACC. CONTRE LES OREILLONS SEULS	N	N	N	O
Z25.1	VACC. CONTRE LA GRIPPE	N	N	N	O
Z25.8	VACC. CONTRE D'AUTRES MAL. VIRALES UNIQUES PREC.	N	N	N	O
Z26.0	VACC. CONTRE LA LEISHMANIOSE	N	N	N	O
Z26.8	VACC. CONTRE D'AUTRES MAL. INFECT. UNIQUES PREC.	N	N	N	O
Z26.9	VACC. SAI	N	N	N	O
Z27.0	VACC. CHOLERA + T.O.B.	N	N	N	O
Z27.1	VACC. ASSOCIEE D.T.Coq.	N	N	N	O
Z27.2	VACC. DTCoq. + T.O.B.	N	N	N	O
Z27.3	VACC. DTCoq. + POLIO.	N	N	N	O
Z27.4	VACC. R.O.R.	N	N	N	O
Z27.8	VACC. CONTRE D'AUTRES ASSOCIATIONS DE MAL. INFECT.	N	N	N	O
Z27.9	VACC. ASSOCIEE CONTRE PLUS. MAL. INFECT., SAI	N	N	N	O
Z28.0	VACC. NON FAITE EN RAISON D'UNE CONTRE-INDICATION	N	N	N	O
Z28.1	VACC. NON FAITE PAR DECISION PAR CONVICTION, PRESSION SOCIALE	N	N	N	O
Z28.2	VACC. NON FAITE PAR DECISION DU SUJET POUR DES RAISONS NCA OU SAI	N	N	N	O
Z28.8	VACC. NON FAITE POUR D'AUTRES RAISONS	N	N	N	O
Z28.9	VACC. NON FAITE, SAI	N	N	N	O
Z29.0	ISOLEMENT	O	N	N	O
Z29.1	IMMUNOTHERAPIE PROPHYLACTIQUE	O	N	N	O
Z29.2	MESURES DE CHIMIOOTHERAPIE PROPHYLACTIQUE, NCA	O	N	N	O
Z29.8	MESURES PROPHYLACTIQUES PREC., NCA	O	N	N	O
Z29.9	MESURE PROPHYLACTIQUE, SAI	O	N	N	O
Z30.0	CONSEILS ET AVIS Gx. CONCERNANT LA CONTRACEPTION	E	N	N	O
Z30.1	MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF CONTRACEPTIF	E	N	N	O
Z30.2	STERILISATION	N	O	N	E
Z30.3	EXTRACTION CATAMENIALE	N	O	N	E
Z30.4	SURV. DE CONTRACEPTIFS	E	N	N	O
Z30.5	SURV. D'UN DISPOSITIF CONTRACEPTIF	E	N	N	O
Z30.8	PRISES EN CHARGE D'UNE CONTRACEPTION, NCA	E	N	N	O
Z30.9	PRISE EN CHARGE D'UNE CONTRACEPTION, SAI	E	N	N	O
Z31.0	TUBOPLASTIE OU VASOPLASTIE APRES STERILISATION	N	N	N	E
Z31.1	INSEMINATION ARTIF.	N	N	N	E
Z31.2	F.I.V.	N	N	N	E

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z31.3	METHODES DE FECONDATION ASSISTEE, NCA	N	N	N	E
Z31.4	RECHERCHES ET TESTS EN VUE D'UNE PROCREATION	E	N	N	O
Z31.5	CONSEIL GENETIQUE	E	N	N	O
Z31.6	CONSEILS ET AVIS Gx. EN MATIERE DE PROCREATION	E	N	N	O
Z31.8	MESURES PROCREATIVES, NCA	E	N	N	O
Z31.9	MESURE PROCREATIVE, SAI	E	N	N	O
Z32.0	GROSS. NON CONFIRM.	N	N	N	O
Z32.1	GROSS. CONFIRM.	N	N	N	O
Z33	GROSS. CONSTATEE FORTUITEMENT	N	N	N	O
Z34.0	SURV. D'UNE 1ere GROSS. NI.	N	N	N	O
Z34.8	SURV. D'UNE AUTRE GROSS. NI.	N	N	N	O
Z34.9	SURV. D'UNE GROSS. NI., SAI	N	N	N	O
Z35.0	SURV. D'UNE GROSS. AVEC Atcd. DE STERILITE	E	N	N	O
Z35.1	SURV. D'UNE GROSS. AVEC Atcd. D'AVORT.	E	N	N	O
Z35.2	SURV. DE GROSS. AVEC Atcd. OBST. PATHO. ET DIFF. À PROCREER NCA	E	N	N	O
Z35.3	SURV. D'UNE GROSS. AVEC Atcd. DE SOINS PRENATALS INSUFFISANTS	E	N	N	O
Z35.4	SURV. D'UNE GROSS. AVEC MULTIPARITE ELEVEE	E	N	N	O
Z35.5	SURV. D'UNE PRIMIPARE AGEE	E	N	N	O
Z35.6	SURV. D'UNE PRIMIPARE TRES JEUNE	E	N	N	O
Z35.7	SURV. D'UNE GROSS. À HAUT RISQUE DU FAIT DE PROBLEMES SOCIAUX	E	N	N	O
Z35.8	SURV. D'AUTRES GROSS. À HAUT RISQUE	E	N	N	O
Z35.9	SURV. DE GROSS. À HAUT RISQUE, SAI	E	N	N	O
Z36.0	DEPIST. PRENAT. D'ANOM. CHROMOS.	N	N	N	E
Z36.1	DEPIST. PRENAT. D'UN TAUX ELEVE D'ALPHA-FOETOPROTEINES	N	N	N	E
Z36.2	DEPIST. PRENATALS PAR AMNIOCENTESE, NCA	N	N	N	E
Z36.3	DEPIST. PRENAT. DE MALF. PAR ECHOGRAPHIE ET AUTRES METHODES PHYS.	N	N	N	E
Z36.4	DEPIST. PRENAT. DE RETARD DE CROISS. FOET. PAR ECHO., METH. PHYS. NCA	N	N	N	E
Z36.5	DEPIST. PRENAT. D'ISO-IMMUNISATION	N	N	N	E
Z36.8	DEPIST. PRENATALS, NCA	N	N	N	E
Z36.9	DEPIST. PRENAT., SAI	N	N	N	E
Z37.0	NAISSANCE UNIQUE, ENFANT VIVANT	N	N	N	N
Z37.1	NAISSANCE UNIQUE, ENFANT MORT-NÉ	N	N	N	N
Z37.2	NAISSANCE GÉMELLAIRE, JUMEAUX NÉS VIVANTS	N	N	N	N
Z37.3	NAISSANCE GÉMELLAIRE, L'UN DES JUMEAUX NÉ VIVANT, L'AUTRE MORT-NÉ	N	N	N	N
Z37.4	NAISSANCE GÉMELLAIRE, JUMEAUX MORTS-NÉS	N	N	N	N
Z37.5	NAISSANCES MULT. NCA, TOUS NÉS VIVANTS	N	N	N	N
Z37.6	NAISSANCES MULT. NCA, CERTAINS ENFANTS NÉS VIVANTS	N	N	N	N
Z37.7	NAISSANCES MULT. NCA, TOUS MORTS-NÉS	N	N	N	N
Z37.9	RES. DE L'ACCOUCH., SAI	N	N	N	N
Z38.0	ENFANT UNIQUE, NÉ À L'HOPITAL	N	N	N	N
Z38.1	ENFANT UNIQUE, NÉ HORS D'UN HOPITAL	N	N	N	N
Z38.2	ENFANT UNIQUE, LIEU DE NAISSANCE SAI	N	N	N	N
Z38.3	JUMEAUX, NÉS À L'HOPITAL	N	N	N	N
Z38.4	JUMEAUX, NÉS HORS D'UN HOPITAL	N	N	N	N
Z38.5	JUMEAUX, LIEU DE NAISSANCE SAI	N	N	N	N
Z38.6	NAISSANCES MULT., ENFANTS NÉS À L'HOPITAL, NCA	N	N	N	N
Z38.7	NAISSANCES MULT., ENFANTS NÉS HORS D'UN HOPITAL, NCA	N	N	N	N
Z38.8	NAISSANCES MULT., LIEU DE NAISSANCE SAI, NCA	N	N	N	N
Z39.0	SOINS ET EX. IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCH.	N	N	N	N
Z39.1	SOINS ET EX. DE L'ALLAITEMENT MAT.	N	N	N	N
Z39.2	Ctrl. DE ROUTINE AU COURS DU POST-PARTUM	N	N	N	N
Z40.0	OP. PROPHYLACTIQUE POUR FACT. DE RISQUE DE TUM. MALIGNE	N	N	N	E
Z40.8	OP. PROPHYLACTIQUES, NCA	N	N	N	E
Z40.9	OP. PROPHYLACTIQUE, SAI	N	N	N	E
Z41.0	IMPLANT DE CHEVEUX	N	N	N	E
Z41.1	OP. PLAST. POUR RAISONS ESTHETIQUES, NCA	N	N	N	E
Z41.2	CIRCONCISION RITUELLE ET DE ROUTINE	N	N	N	E

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z41.3	PERCAGE DU LOBE DE L'OREILLE	N	N	N	E
Z41.8	THERAPIES SANS RAISON MED., NCA	N	N	N	E
Z41.9	THERAPIE SANS RAISON MED., SAI	N	N	N	E
Z42.0	SOINS DE Ctrl. COMPRENANT UNE OP. PLAST. DE LA TETE ET DU COU	O	N	N	E
Z42.1	SOINS DE Ctrl. COMPRENANT UNE OP. PLAST. DU SEIN	O	N	N	E
Z42.2	SOINS DE Ctrl. COMPRENANT UNE OP. PLAST. D'AUTRES PARTIES DU TRONC	O	N	N	E
Z42.3	SOINS DE Ctrl. COMPRENANT UNE OP. PLAST. DES EXTREMITES SUP.	O	N	N	E
Z42.4	SOINS DE Ctrl. COMPRENANT UNE OP. PLAST. DES EXTREMITES INF.	O	N	N	E
Z42.8	SOINS DE Ctrl. COMPRENANT UNE OP. PLAST. D'AUTRES PARTIES DU CORPS	O	N	N	E
Z42.9	SOINS DE Ctrl. COMPRENANT UNE OP. PLAST., SAI	O	N	N	E
Z43.0	SURV. DE TRACHEOSTOMIE	O	N	N	O
Z43.1	SURV. DE GASTROSTOMIE	O	N	N	O
Z43.2	SURV. D'ILEOSTOMIE	O	N	N	O
Z43.3	SURV. DE COLOSTOMIE	O	N	N	O
Z43.4	SURV. D'AUTRES STOMIES DE L'APP. DIG.	O	N	N	O
Z43.5	SURV. DE CYSTOSTOMIE	O	N	N	O
Z43.6	SURV. D'AUTRES STOMIES DES VOIES URIN.	O	N	N	O
Z43.7	SURV. DE VAGIN ARTIF.	O	N	N	O
Z43.8	SURV. D'AUTRES STOMIES	O	N	N	O
Z43.9	SURV. D'UNE STOMIE SAI	O	N	N	O
Z44.0	AJUST. D'UN BRAS ARTIF.	O	N	N	O
Z44.1	AJUST. D'UNE JAMBE ARTIF.	O	N	N	O
Z44.2	AJUST. D'UN OEIL ARTIF.	O	N	N	O
Z44.3	AJUST. D'UNE PROTHESE EXT. DU SEIN	O	N	N	O
Z44.8	AJUST. D'AUTRES APP. DE PROTHESE EXT.	O	N	N	O
Z44.9	AJUST. D'UN APP. DE PROTHESE EXT. SAI	O	N	N	O
Z45.0	AJUST. D'UN STIMULATEUR CARD.	O	N	N	O
Z45.1	AJUST. D'UNE POMPE À PERFUSION	O	N	N	O
Z45.2	AJUST. D'UN DISPOSITIF D'ACCES VASC.	O	N	N	O
Z45.3	AJUST. D'UNE PROTHESE AUDITIVE IMPLANTEE	O	N	N	O
Z45.8	AJUST. D'AUTRES PROTHESES INT.	O	N	N	O
Z45.9	AJUST. D'UNE PROTHESE INT. SAI	O	N	N	O
Z46.0	AJUST. DE LUNETTES ET VERRES DE CONTACT	O	N	N	O
Z46.1	AJUST. D'UN APP. AUDITIF	O	N	N	O
Z46.2	AJUST. APP. NCA EN RAPPORT AVEC SYST. NERV. ET ORG. DES SENS	O	N	N	O
Z46.3	AJUST. D'UNE PROTHESE DENTAIRE	O	N	N	O
Z46.4	AJUST. D'UN APP. ORTHODONTIQUE	O	N	N	O
Z46.5	AJUST. D'UNE ILEOSTOMIE ET AUTRES DISPOSITIFS INTEST.	O	N	N	O
Z46.6	AJUST. D'UN APP. URIN.	O	N	N	O
Z46.7	AJUST. D'UN APP. ORTHOPED.	O	N	N	O
Z46.8	AJUST. D'AUTRES APP. PREC.	O	N	N	O
Z46.9	AJUST. D'UN APP., SAI	O	N	N	O
Z47.0	ENLEV. PLAQUE, PROTH. INT. ORTHOPED. DE FIXATION NCA	O	N	N	O
Z47.8	SOINS DE Ctrl. ORTHOPED. PREC., NCA	O	N	N	O
Z47.9	SOIN DE Ctrl. ORTHOPED., SAI	O	N	N	O
Z48.0	SURV. DES SUTURES ET PANSEMENTS CHIR.	O	N	N	O
Z48.8	SOINS DE Ctrl. CHIR. PREC., NCA	O	N	N	O
Z48.9	SOIN DE Ctrl. CHIR., SAI	O	N	N	O
Z49.0	SOINS PREPARATOIRES EN VUE D'UNE DIALYSE	O	N	N	O
Z49.1	DIALYSE EXTRA-CORPORELLE OU SAI	O	N	N	O
Z49.2	DIALYSES, NCA	O	N	N	O
Z50.0	REEDUCATION DES CARD.	O	N	N	O
Z50.1	THERAPIES PHYS., NCA	O	N	N	O
Z50.2	SEVRAGE D'ALCOOL	O	N	N	O
Z50.3	REEDUCATION DES DROGUES ET APRES ABUS DE MEDICAM.	O	N	N	O
Z50.4	PSYCHOTHERAPIE, NCA	O	N	N	O
Z50.5	REEDUCATION DU LANGAGE	O	N	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z50.6	EDUCATION DE LA VISION	O	N	N	O
Z50.7	ERGOTHERAPIE ET REEDUCATION PROF., NCA	O	N	N	O
Z50.8	SOINS IMPLIQUANT D'AUTRES MOY. DE REEDUCATION	O	N	N	O
Z50.9	SOIN IMPLIQUANT UNE REEDUCATION, SAI	O	N	N	O
Z51.0	SEANCE DE RADIOTHERAPIE	O	N	N	O
Z51.1	SEANCE DE CHIMIOOTHERAPIE POUR TUM.	O	N	N	O
Z51.2	CHIMIOOTHERAPIE, NCA	O	N	N	O
Z51.3	TRANSFUSION SANG., SANS MENTION DE DIAG.	O	N	N	O
Z51.4	SOINS PREPARATOIRES POUR TRAITEMENT ULTERIEUR, NCA	O	N	N	O
Z51.5	SOINS PALLIATIFS	O	N	N	O
Z51.6	DESENSIBILISATION AUX ALLERGENES	O	N	N	O
Z51.8	FORMES PREC. DE SOINS MED., NCA	O	N	N	O
Z51.9	SOIN MED., SAI	O	N	N	O
Z52.0	DONNEUR DE SANG	N	O	N	O
Z52.1	DONNEUR DE PEAU	N	O	N	O
Z52.2	DONNEUR D'OS	N	O	N	O
Z52.3	DONNEUR DE MOELLE OSSEUSE	N	O	N	O
Z52.4	DONNEUR DE REIN	N	O	N	O
Z52.5	DONNEUR DE CORNEE	N	O	N	O
Z52.8	DONNEUR D'AUTRES ORG. ET TISSUS	N	O	N	O
Z52.9	DONNEUR D'ORG. OU DE TISSU SAI	N	O	N	O
Z53.0	ACTE NON EFFECTUE EN RAISON DE CONTRE-INDICATION	O	N	N	O
Z53.1	ACTE NON EFFECTUE PAR DECISION POUR CONVICTION, PRESSION SOCIALE	O	N	N	O
Z53.2	ACTE NON EFFECTUE PAR DECISION DU SUJET POUR DES RAISONS NCA OU SAI	O	N	N	O
Z53.8	ACTE NON EFFECTUE POUR D'AUTRES RAISONS	O	N	N	O
Z53.9	ACTE NON EFFECTUE, RAISON SAI	O	N	N	O
Z54.0	CONVALESCENCE APRES Itv. CHIR.	O	N	N	O
Z54.1	CONVALESCENCE APRES RADIOTHERAPIE	O	N	N	O
Z54.2	CONVALESCENCE APRES CHIMIOOTHERAPIE	O	N	N	O
Z54.3	CONVALESCENCE APRES PSYCHOTHERAPIE	O	N	N	O
Z54.4	CONVALESCENCE APRES TRAITEMENT D'UNE FRAC.	O	N	N	O
Z54.7	CONVALESCENCE APRES TRAITEMENTS COMBINES	O	N	N	O
Z54.8	CONVALESCENCE APRES UN AUTRE TRAITEMENT	O	N	N	O
Z54.9	CONVALESCENCE APRES UN TRAITEMENT SAI	O	N	N	O
Z55.0	DIFF. LIEES À L'ANALPHABETISME ET AU FAIBLE NIVEAU EDUCATIF	N	O	N	O
Z55.1	DIFF. LIEES À UNE SCOLARISATION INEXISTANTE OU INACCESSIBLE	N	O	N	O
Z55.2	DIFF. LIEES À UN ECHEC AUX EX.	N	O	N	O
Z55.3	DIFF. LIEES AUX MAUVAIS RES. SCOLAIRES	N	O	N	O
Z55.4	DIFF. LIEES À DIFF. AVEC LES ENSEIGNANTS ET LES AUTRES ELEVES	N	O	N	O
Z55.8	DIFF. LIEES À L'EDUCATION ET L'ALPHABETISATION, NCA	N	O	N	O
Z55.9	DIFF. LIEE À L'EDUCATION ET L'ALPHABETISATION, SAI	N	O	N	O
Z56.0	DIFF. LIEES AU CHOMAGE, SAI	N	O	N	O
Z56.1	DIFF. LIEES À UN CHANGEMENT D'EMPLOI	N	O	N	O
Z56.2	DIFF. LIEES À UNE MENACE DE PERTE D'EMPLOI	N	O	N	O
Z56.3	DIFF. LIEES À UN RYTHME DE TRAVAIL, PENIBLE	N	O	N	O
Z56.4	DIFF. LIEES À UN DESACCORD AVEC LE SUP. ET LES COLLEGUES	N	O	N	O
Z56.5	DIFF. LIEES À UNE MAUVAISE ADAPTATION AU TRAVAIL	N	O	N	O
Z56.6	DIFF. PHYS. ET MENT. LIEES À L'EMPLOI, NCA	N	O	N	O
Z56.7	DIFF. LIEES À L'EMPLOI, NCA OU SAI	N	O	N	O
Z57.0	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. AU BRUIT	N	O	N	O
Z57.1	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À DES RAYONNEMENTS	N	O	N	O
Z57.2	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À LA POUSSIERE	N	O	N	O
Z57.3	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À D'AUTRES POLLUANTS ATMOSPHERIQUES	N	O	N	O
Z57.4	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À DES SUBST. TOXIQUES AGRICOLES	N	O	N	O
Z57.5	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À DES SUBST. TOX. DANS INDUSTRIES NCA	N	O	N	O
Z57.6	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À DES TEMPERATURES EXTREMES	N	O	N	O
Z57.7	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À DES VIBRATIONS	N	O	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z57.8	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À D'AUTRES FACT. DE RISQUE	N	O	N	O
Z57.9	DIFF. LIEES À L'EXPO. PROF. À UN FACT. DE RISQUE, SAI	N	O	N	O
Z58.0	DIFF. LIEES À L'EXPO. AU BRUIT	N	O	N	O
Z58.1	DIFF. LIEES À L'EXPO. À LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE	N	O	N	O
Z58.2	DIFF. LIEES À L'EXPO. À LA POLLUTION DE L'EAU	N	O	N	O
Z58.3	DIFF. LIEES À L'EXPO. À LA POLLUTION DU SOL	N	O	N	O
Z58.4	DIFF. LIEES À L'EXPO. AUX RAYONNEMENTS	N	O	N	O
Z58.5	DIFF. LIEES À L'EXPO. À D'AUTRES FORMES DE POLLUTION	N	O	N	O
Z58.6	DIFF. LIEES À UN APPROVISIONNEMENT INSUFFISANT EN EAU POTABLE	N	O	N	O
Z58.8	DIFF. LIEES À L'ENVIR. PHYS., NCA	N	O	N	O
Z58.9	DIFF. LIEES À L'ENVIR. PHYS., SAI	N	O	N	O
Z59.0	DIFF. LIEES AU FAIT D'ETRE SANS ABRI	N	O	N	O
Z59.1	DIFF. LIEES À UN LOGEMENT INADEQUAT	N	O	N	O
Z59.2	DIFF. LIEES À UN DESACCORD AVEC VOISINS, LOCATAIRES, PROPRIETAIRE	N	O	N	O
Z59.3	DIFF. LIEE À LA VIE EN INSTITUTION	N	O	N	O
Z59.4	DIFF. LIEES À UNE ALIMENTATION DEFECTUEUSE	N	O	N	O
Z59.5	DIFF. LIEES À UNE PAUVRETE EXTREME	N	O	N	O
Z59.6	DIFF. LIEES À DE FAIBLES REVENUS	N	O	N	O
Z59.7	DIFF. LIEES À UNE COUVERTURE SOCIALE ET UN SECOURS INSUFFISANTS	N	O	N	O
Z59.8	DIFF. LIEES AU LOGEMENT ET AUX CONDITIONS ECONOMIQUES, NCA	N	O	N	O
Z59.9	DIFF. LIEE AU LOGEMENT ET AUX CONDITIONS ECONOMIQUES, SAI	N	O	N	O
Z60.0	DIFF. D'AJUSTEMENT AUX TRANSITIONS ENTRE DIFFERENTES PERIODES DE VIE	N	O	N	O
Z60.1	DIFF. LIEES À UNE SITUATION PARENTALE ATYPIQUE	N	O	N	O
Z60.2	DIFF. LIEES À LA SOLITUDE	N	O	N	O
Z60.3	DIFF. LIEES À L'ACCULTURATION	N	O	N	O
Z60.4	DIFF. LIEES À L'EXCLUSION ET AU REJET SOCIAUX	N	O	N	O
Z60.5	DIFF. LIEES AU FAIT D'ETRE LA CIBLE DE DISCRIMIN. ET DE PERSECUTION	N	O	N	O
Z60.8	DIFF. LIEES À L'ENVIR. SOCIAL, NCA	N	O	N	O
Z60.9	DIFF. LIEE À L'ENVIR. SOCIAL, SAI	N	O	N	O
Z61.0	DIFF. LIEES À UNE PERTE DE RELATION AFFECTIVE PENDANT L'ENFANCE	N	O	N	O
Z61.1	DIFF. LIEES AU DEPART DU FOYER PENDANT L'ENFANCE	N	O	N	O
Z61.2	DIFF. LIEES AUX CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS FAM. PENDANT L'ENFANCE	N	O	N	O
Z61.3	DIFF. LIEES AUX EVEN. SUITE À PERTE ESTIME DE SOI PENDANT L'ENFANCE	N	O	N	O
Z61.4	DIFF. LIEES À SEVICES SEX. SUR ENFANT PAR PERS. ENTOURAGE IMMEDIAT	N	O	N	O
Z61.5	DIFF. LIEES SEVICES SEX. SUR ENFANT PAR PERS. ETRANG. ENTOURAGE	N	O	N	O
Z61.6	DIFF. LIEES À DE POSSIBLES SEVICES PHYS. INFLIGES À UN ENFANT	N	O	N	O
Z61.7	DIFF. LIEES À UNE EXPERIENCE PERS. TERRIFIANTE	N	O	N	O
Z61.8	DIFF. LIEES À UNE ENFANCE MALHEUREUSE, NCA	N	O	N	O
Z61.9	DIFF. LIEE À UNE ENFANCE MALHEUREUSE, SAI	N	O	N	O
Z62.0	DIFF. LIEES À UNE SURV. INADEQUATE DE LA PART DES PARENTS	N	O	N	O
Z62.1	DIFF. LIEES À UNE SURPROTECTION PARENTALE	N	O	N	O
Z62.2	DIFF. LIEES À UNE EDUCATION DANS UNE INSTITUTION	N	O	N	O
Z62.3	DIFF. LIEES À HOSTILITE ENVERS ENFANT TRANSFORME EN BOUC EMISSAIRE	N	O	N	O
Z62.4	DIFF. LIEES À UNE NEGLIGENCE AFFECTIVE	N	O	N	O
Z62.5	DIFF. LIEES À DES NEGLIGENCES DANS L'EDUCATION, NCA	N	O	N	O
Z62.6	DIFF. LIEES À PRESSION PARENT. INAPPROPR. ET DEFAUTS EDUCATION NCA	N	O	N	O
Z62.8	DIFF. PREC. LIEES À L'EDUCATION, NCA	N	O	N	O
Z62.9	DIFF. LIEE À L'EDUCATION, SAI	N	O	N	O
Z63.0	DIFF. DANS LES RAPPORTS AVEC LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE	N	O	N	O
Z63.1	DIFF. DANS LES RAPPORTS AVEC LES PARENTS ET LES BEAUX-PARENTS	N	O	N	O
Z63.2	DIFF. LIEES À UN SOUTIEN FAM. INADEQUAT	N	O	N	O
Z63.3	DIFF. LIEES À L'ABSENCE D'UN DES Mb. DE LA FAMILLE	N	O	N	O
Z63.4	DIFF. LIEES À LA DISPARITION ET AU DECES D'UN Mb. DE LA FAMILLE	N	O	N	O
Z63.5	DIFF. LIEES À LA DISLOCATION DE LA FAMILLE PAR SEPARATION ET DIVORCE	N	O	N	O
Z63.6	DIFF. LIEES À PARENT À CHARGE AU DOMICILE, NECESSITANT DES SOINS	N	O	N	O
Z63.7	EVENEMENTS DIFF. AYANT UNE INCIDENCE SUR LA FAMILLE ET LE FOYER, NCA	N	O	N	O
Z63.8	DIFF. PREC. LIEES À L'ENTOURAGE IMMEDIAT, NCA	N	O	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z63.9	DIFF. LIEE À L'ENTOURAGE IMMEDIAT, SAI	N	O	N	O
Z64.0	DIFF. LIEES À UNE GROSS. NON DESIREE	N	O	N	O
Z64.1	DIFF. LIEES À UNE MULTIPARITE	N	O	N	O
Z64.2	DIFF. LIEES À L'ACCEPTATION D'Itv. PHYS., NUTR. ET CHIM. NUISIBLES	N	O	N	O
Z64.3	DIFF. LIEES À L'ACCEPTATION D'Itv. COMPORT. ET PSYCHO. NUISIBLES	N	O	N	O
Z64.4	DIFF. LIEES À UN DESACCORD AVEC LES CONSEILLERS	N	O	N	O
Z65.0	DIFF. LIEES À UNE CONDAMNATION, SANS EMPRISONNEMENT, APRES PROCES	N	O	N	O
Z65.1	DIFF. LIEES À UN EMPRISONNEMENT ET AUTRE INCARCERATION	N	O	N	O
Z65.2	DIFF. LIEES À UNE LIBERATION DE PRISON	N	O	N	O
Z65.3	DIFF. LIEES À D'AUTRES SITUATIONS JURIDIQUES	N	O	N	O
Z65.4	DIFF. LIEES AU FAIT D'ETRE VICTIME D'UN CRIME ET D'ACTES TERRORISTES	N	O	N	O
Z65.5	DIFF. LIEES À L'EXPO. À CATASTROPHE, GUERRE ET AUTRES HOSTILITES	N	O	N	O
Z65.8	DIFF. PREC. LIEES À CERTAINES SITUATIONS PSYCHOSOCIALES, NCA	N	O	N	O
Z65.9	DIFF. LIEE À DES SITUATIONS PSYCHOSOCIALES, SAI	N	O	N	O
Z70.0	CONSEIL RELAT. AUX ATTITUDES EN MATIERE DE SEXUALITE	E	N	N	O
Z70.1	CONSEIL RELAT. COMPORT. ET ORIENT. DU SUJET EN MATIERE DE SEXUALITE	E	N	N	O
Z70.2	CONSEIL RELAT. COMPORT., ORIENT. D'UN TIERS EN MATIERE DE SEXUALITE	E	N	N	O
Z70.3	CONSEIL RELAT. À PREOCCUPATIONS ASSOCIEES EN MATIERE DE SEXUALITE	E	N	N	O
Z70.8	CONSEILS EN MATIERE DE SEXUALITE, NCA	E	N	N	O
Z70.9	CONSEIL EN MATIERE DE SEXUALITE, SAI	E	N	N	O
Z71.0	PERSONNE CONSULTANT POUR LE COMPTE D'UN TIERS	N	N	N	N
Z71.1	SUJET INQUIET DE SON ETAT DE SANTE	E	N	N	O
Z71.2	SUJET CONSULTANT POUR EXPLICATIONS DES RES. D'EX.	E	N	N	O
Z71.3	SURV. ET CONSEILS DIETETIQUES	O	N	N	O
Z71.4	CONSEIL ET SURV. POUR ALCOOLISME	O	N	N	O
Z71.5	CONSEIL ET SURV. POUR TOXICOMANIE ET PHARMACODEPENDANCE	O	N	N	O
Z71.6	CONSEIL POUR TABAGISME	O	N	N	O
Z71.7	CONSEIL A PROPOS DU V.I.H.	O	N	N	O
Z71.8	CONSEILS PREC., NCA	O	N	N	O
Z71.9	CONSEIL, SAI	O	N	N	O
Z72.0	DIFF. LIEES A L'USAGE DU TABAC	N	O	N	O
Z72.1	DIFF. LIEES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL	N	O	N	O
Z72.2	DIFF. LIEES A L'UTIL. DE DROGUES	N	O	N	O
Z72.3	DIFF. LIEES AU MANQUE D'EXERCICE PHYS.	N	O	N	O
Z72.4	DIFF. LIEES AU REGIME ET HABITUDES ALIMENTAIRES INADEQUATS	N	O	N	O
Z72.5	DIFF. LIEES AU COMPORT. SEXUEL À HAUT RISQUE	N	O	N	O
Z72.6	DIFF. LIEES AU JEU ET PARI	N	O	N	O
Z72.8	DIFF. LIEES AU MODE DE VIE, NCA	N	O	N	O
Z72.9	DIFF. LIEES AU MODE DE VIE, SAI	N	O	N	O
Z73.0	SURMENAGE	N	O	N	O
Z73.1	ACCENTUATION DE CERTAINS TRAITS DE LA PERSON.	N	O	N	O
Z73.2	MANQUE DE REPOS ET DE LOISIRS	N	O	N	O
Z73.3	STRESS, NCA	N	O	N	O
Z73.4	COMPETENCES SOCIALES INADEQUATES, NCA	N	O	N	O
Z73.5	CONFLIT SUR LE ROLE SOCIAL, NCA	N	O	N	O
Z73.6	LIMITES IMPOSEES AUX ACTIVITES PAR UNE INCAPACITE	N	O	N	O
Z73.8	DIFF. LIEES À L'ORIENTATION DE SON MODE DE VIE, NCA	N	O	N	O
Z73.9	DIFF. LIEE À L'ORIENTATION DE SON MODE DE VIE, SAI	N	O	N	O
Z74.0	MOBILITE RESTREINTE	N	O	N	O
Z74.1	BESOIN D'ASSISTANCE ET DE SOINS D'HYGIENE	N	O	N	O
Z74.2	BESOIN D'ASSIST. À DOMIC., AUCUN SOINS ASSURES PAR AUTRE PERSONNE	N	O	N	O
Z74.3	BESOIN D'UNE SURV. PERMANENTE	N	O	N	O
Z74.8	DIFF. LIEES À DEPENDANCE ENVERS LA PERSONNE QUI DONNE LES SOINS, NCA	N	O	N	O
Z74.9	DIFF. LIEE À DEPENDANCE ENVERS LA PERSONNE QUI DONNE LES SOINS, SAI	N	O	N	O
Z75.0	ABSENCE DE SERVICES MED. À DOMICILE	N	O	N	O
Z75.1	SUJET ATTENDANT D'ETRE ADMIS AILLEURS, DANS UN ETABLISSEMENT ADEQUAT	N	O	N	O
Z75.2	AUTRE PERIODE D'ATTENTE POUR INVESTIGATION ET TRAITEMENT	N	O	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z75.3	CENTRES MED. NON DISPONIBLES ET NON ACCESSIBLES	N	O	N	O
Z75.4	ORGANISATIONS D'AIDE NON DISPONIBLES ET NON ACCESSIBLES, NCA	N	O	N	O
Z75.5	PRISE EN CHARGE PENDANT LES VACANCES	N	O	N	O
Z75.8	DIFF. LIEES AUX INSTALLATIONS MED. ET AUTRES SOINS DE SANTE, NCA	N	O	N	O
Z75.9	DIFF. LIEE AUX INSTALLATIONS MED. ET AUTRE SOINS DE SANTE, SAI	N	O	N	O
Z76.0	RENOUVELLEMENT D'UNE ORDONNANCE	N	N	N	O
Z76.1	SURV. MED. ET SOINS MED. DES ENFANTS TROUVES	E	N	N	O
Z76.2	SURV. MED. ET SOINS MED. DE NOURRISSONS, ENFANTS EN BONNE SANTE NCA	E	N	N	O
Z76.3	PERSONNE EN BONNE SANTE ACCOMPAGNANT UN SUJET MALADE	N	N	N	N
Z76.4	PENSIONNAIRES D'ETABLISSEMENTS DE SOINS, NCA	N	E	N	O
Z76.5	SIMULATEUR	N	O	N	O
Z76.8	SUJET AYANT RECOURS AUX SERV. DE SANTE DANS CIRCONSTANCES PREC. NCA	N	E	N	O
Z76.9	SUJET AYANT RECOURS AUX SERVICES DE SANTE DANS DES CIRCONSTANCES SAI	N	E	N	O
Z80.0	Atcd. FAM. DE TUM. MAL. DES ORG. DIG.	N	E	N	E
Z80.1	Atcd. FAM. DE TUM. MAL. DE LA TRACHEE, DES BRONCHES ET DES POUMONS	N	E	N	E
Z80.2	Atcd. FAM. DE TUM. MAL. DES AUTRES ORG. RESP. ET INTRATHOR.	N	E	N	E
Z80.3	Atcd. FAM. DE TUM. MAL. DU SEIN	N	E	N	E
Z80.4	Atcd. FAM. DE TUM. MAL. DES ORG. GEN.	N	E	N	E
Z80.5	Atcd. FAM. DE TUM. MAL. DES VOIES URIN.	N	E	N	E
Z80.6	Atcd. FAM. DE LEUCEMIE	N	E	N	E
Z80.7	Atcd. FAM. D'AUTRES TUM. DES TISSUS LYMPHOIDE, HEMATO. ET APPARENTES	N	E	N	E
Z80.8	Atcd. FAM. DE TUM. MAL. D'AUTRES SYST. ET ORG.	N	E	N	E
Z80.9	Atcd. FAM. DE TUM. MAL., SAI	N	E	N	E
Z81.0	Atcd. FAM. DE RETARD MENT.	N	E	N	E
Z81.1	Atcd. FAM. D'ABUS D'ALCOOL	N	E	N	E
Z81.2	Atcd. FAM. DE TABAGISME	N	E	N	E
Z81.3	Atcd. FAM. D'ABUS D'AUTRES SUBST. PSYCHO-ACTIVES	N	E	N	E
Z81.4	Atcd. FAM. D'ABUS D'AUTRES SUBST.	N	E	N	E
Z81.8	Atcd. FAM. D'AUTRES Tbl. MENT.	N	E	N	E
Z82.0	Atcd. FAM. D'EPILEP. ET AUTRES AFF. NEURO.	N	E	N	E
Z82.1	Atcd. FAM. DE CECITE ET PERTE DE VISION	N	E	N	E
Z82.2	Atcd. FAM. DE SURDITE ET PERTE D'AUDITION	N	E	N	E
Z82.3	Atcd. FAM. D'ACCID. CEREBROVASC.	N	E	N	E
Z82.4	Atcd. FAM. DE CARDIOPATHIES ISCHEM. ET AUTRES MAL. DE L'APP. CIRC.	N	E	N	E
Z82.5	Atcd. FAM. D'ASTHME ET AUTRES MAL. CHRON. DES VOIES RESP. INF.	N	E	N	E
Z82.6	Atcd. FAM. D'ARTHRITE ET MAL. NCA SYST. OSTEO-ARTIC., TISSU CONJ.	N	E	N	E
Z82.7	Atcd. FAM. DE MALF. CONG. ET ANOM. CHROMOS.	N	E	N	E
Z82.8	Atcd. FAM. INCAPACITES ET MAL. CHRON. CONDUISANT A L'INVALIDITE, NCA	N	E	N	E
Z83.0	Atcd. FAM. DE MAL. DUE AU V.I.H.	N	E	N	E
Z83.1	Atcd. FAM. D'AUTRES MAL. INFECT. ET PARASIT.	N	E	N	E
Z83.2	Atcd. FAM. DE MAL. DES ORG. HEMATO. ET DE Tbl. DU SYST. IMMUN.	N	E	N	E
Z83.3	Atcd. FAM. DE DIABETE SUCRE	N	E	N	E
Z83.4	Atcd. FAM. D'AUTRES MAL. ENDOCRINIENNES, NUTR. ET METAB.	N	E	N	E
Z83.5	Atcd. FAM. DE Tbl. DE LA VUE ET DE L'AUDITION	N	E	N	E
Z83.6	Atcd. FAM. DE MAL. DE L'APP. RESP.	N	E	N	E
Z83.7	Atcd. FAM. DE MAL. DE L'APP. DIG.	N	E	N	E
Z84.0	Atcd. FAM. DE MAL. DE LA PEAU ET DU TISSU CELL. /S-CUT.	N	E	N	E
Z84.1	Atcd. FAM. DE MAL. RENALES ET DE L'URETERE	N	E	N	E
Z84.2	Atcd. FAM. D'AUTRES MAL. DE L'APP. GEN-URIN.	N	E	N	E
Z84.3	Atcd. FAM. DE CONSANGUINITE	N	E	N	E
Z84.8	Atcd. FAM. D'AUTRES AFF. PREC.	N	E	N	E
Z85.0	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. DES ORG. DIG.	N	E	N	O
Z85.1	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. DE LA TRACHEE, DES BRONCHES ET DES POUMONS	N	E	N	O
Z85.2	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. D'AUTRES ORG. RESP. ET INTRATHOR.	N	E	N	O
Z85.3	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. DU SEIN	N	E	N	O
Z85.4	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. DES ORG. GEN.	N	E	N	O
Z85.5	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. DES VOIES URIN.	N	E	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z85.6	Atcd. PERS. DE LEUCEMIE	N	E	N	O
Z85.7	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. NCA, TISSUS LYMPHOIDE, HEMATO. ET APPARENTES	N	E	N	O
Z85.8	Atcd. PERS. DE TUM. MAL. D'AUTRES ORG. ET SYST.	N	E	N	O
Z85.9	Atcd. PERS. DE TUM. MAL., SAI	N	E	N	O
Z86.0	Atcd. PERS. D'AUTRES TUM.	N	E	N	O
Z86.1	Atcd. PERS. DE MAL. INFECT. ET PARASIT.	N	E	N	O
Z86.2	Atcd. PERS. DE MAL. DES ORG. HEMATO. ET DE Tbl. DU SYST. IMMUN.	N	E	N	O
Z86.3	Atcd. PERS. DE MAL. ENDOCRINIENNES, NUTR. ET METAB.	N	E	N	O
Z86.4	Atcd. PERS. D'ABUS DE SUBST. PSYCHO-ACTIVES	N	E	N	O
Z86.5	Atcd. PERS. D'AUTRES Tbl. MENT.	N	E	N	O
Z86.6	Atcd. PERS. DE MAL. DU SYST. NERV. ET DES ORG. DES SENS	N	E	N	O
Z86.7	Atcd. PERS. DE MAL. DE L'APP. CIRC.	N	E	N	O
Z87.0	Atcd. PERS. DE MAL. DE L'APP. RESP.	N	E	N	O
Z87.1	Atcd. PERS. DE MAL. DE L'APP. DIG.	N	E	N	O
Z87.2	Atcd. PERS. DE MAL. DE LA PEAU ET DU TISSU CELL. /S-CUT.	N	E	N	O
Z87.3	Atcd. PERS. DE MAL. DU SYST. OSTEO-ARTIC., ET DU TISSU CONJ.	N	E	N	O
Z87.4	Atcd. PERS. DE MAL. DE L'APP. GEN-URIN.	N	E	N	O
Z87.5	Atcd. PERS. DE COMPLIC. DE LA GROSS., DE L'ACCOUCH. ET DE LA PUERP.	N	E	N	O
Z87.6	Atcd. PERS. D'AFF. DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINAT.	N	E	N	O
Z87.7	Atcd. PERS. DE MALF. CONG. ET ANOM. CHROMOS.	N	E	N	O
Z87.8	Atcd. PERS. D'AUTRES ETATS PREC.	N	E	N	O
Z88.0	Atcd. PERS. D'ALLERGIE À LA PENICILLINE	N	E	N	O
Z88.1	Atcd. PERS. D'ALLERGIE À D'AUTRES ATB.	N	E	N	O
Z88.2	Atcd. PERS. D'ALLERGIE AUX SULFAMIDES	N	E	N	O
Z88.3	Atcd. PERS. D'ALLERGIE À D'AUTRES AGENTS ANTI-INFECT.	N	E	N	O
Z88.4	Atcd. PERS. D'ALLERGIE AUX ANESTHESIQUES	N	E	N	O
Z88.5	Atcd. PERS. D'ALLERGIE AUX NARCOTIQUES	N	E	N	O
Z88.6	Atcd. PERS. D'ALLERGIE AUX ANALGESIQUES	N	E	N	O
Z88.7	Atcd. PERS. D'ALLERGIE AUX SERUM ET VACCIN	N	E	N	O
Z88.8	Atcd. PERS. D'ALLERGIE À D'AUTRES MED. ET SUBST. BIOL.	N	E	N	O
Z88.9	Atcd. PERS. D'ALLERGIE À UN MEDICAM. ET UNE SUBST. BIOL., SAI	N	E	N	O
Z89.0	ABSENCE ACQUISE DE DOIGT, UNILAT.	N	O	N	O
Z89.1	ABSENCE ACQUISE DE MAIN ET POIGNET	N	O	N	O
Z89.2	ABSENCE ACQUISE D'UN Mb. SUP. AU-DESSUS DU POIGNET	N	O	N	O
Z89.3	ABSENCE ACQUISE DES DEUX Mb. SUP.	N	O	N	O
Z89.4	ABSENCE ACQUISE DE PIED ET CHEVILLE	N	O	N	O
Z89.5	ABSENCE ACQUISE D'UN Mb. INF., NIV. GENOU OU AU-DESSOUS	N	O	N	O
Z89.6	ABSENCE ACQUISE D'UN Mb. INF., AU-DESSUS DU GENOU	N	O	N	O
Z89.7	ABSENCE ACQUISE DES DEUX Mb. INF.	N	O	N	O
Z89.8	ABSENCE ACQUISE À LA FOIS DE Mb. SUP. ET INF.	N	O	N	O
Z89.9	ABSENCE ACQUISE DE Mb., SAI	N	O	N	O
Z90.0	ABSENCE ACQUISE D'UNE PARTIE DE LA TETE ET DU COU	N	O	N	O
Z90.1	ABSENCE ACQUISE DE SEIN	N	O	N	O
Z90.2	ABSENCE ACQUISE DE POUMON	N	O	N	O
Z90.3	ABSENCE ACQUISE DE PARTIE D'ESTOMAC	N	O	N	O
Z90.4	ABSENCE ACQUISE D'AUTRES PARTIES DE L'APP. DIG.	N	O	N	O
Z90.5	ABSENCE ACQUISE DE REIN	N	O	N	O
Z90.6	ABSENCE ACQUISE D'AUTRES ORG. DES VOIES URIN.	N	O	N	O
Z90.7	ABSENCE ACQUISE D'ORG. GEN.	N	O	N	O
Z90.8	ABSENCE ACQUISE D'AUTRES ORG.	N	O	N	O
Z91.0	Atcd. PERS. D'ALLERGIE, AUTRE QU'O DES MEDICAM. ET DES SUBST. BIOL.	N	E	N	O
Z91.1	Atcd. PERS. DE NON-OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MED. ET D'UN REGIME	N	O	N	O
Z91.2	Atcd. PERS. DE MAUVAISE HYGIENE PERS.	N	O	N	O
Z91.3	Atcd. PERS. DE CYCLE VEILLE/SOMMEIL Anl.	N	O	N	O
Z91.4	Atcd. PERS. DE TRAUMA. PSYCHO., NCA	N	O	N	O
Z91.5	Atcd. PERS. DE LES. AUTO-INFLIGEES	N	O	N	O
Z91.6	Atcd. PERS. D'AUTRES TRAUMATISMES PHYS.	N	O	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z91.8	Atcd. PERS. D'AUTRES FACT. DE RISQUE PREC., NCA	N	O	N	O
Z92.0	Atcd. PERS. DE CONTRACEPTION	N	E	N	O
Z92.1	Atcd. PERS. D'UTIL. À LONG TERME D'ANTICOAGULANTS	N	E	N	O
Z92.2	Atcd. PERS. D'UTIL. À LONG TERME D'AUTRES MEDICAM.	N	E	N	O
Z92.3	Atcd. PERS. D'IRRAD.	N	O	N	O
Z92.4	Atcd. PERS. D'Itv. CHIR. IMPORTANTE, NCA	N	O	N	O
Z92.5	Atcd. PERS. DE MESURES DE REEDUCATION	N	O	N	O
Z92.8	Atcd. PERS. D'AUTRES TRAITEMENTS MED.	N	O	N	O
Z92.9	Atcd. PERS. DE TRAITEMENT MED., SAI	N	O	N	O
Z93.0	PRESENCE DE TRACHEOSTOMIE	N	O	N	O
Z93.1	PRESENCE DE GASTROSTOMIE	N	O	N	O
Z93.2	PRESENCE D'ILEOSTOMIE	N	O	N	O
Z93.3	PRESENCE DE COLOSTOMIE	N	O	N	O
Z93.4	PRESENCE D'AUTRES STOMIES DE L'APP. DIG.	N	O	N	O
Z93.5	PRESENCE DE CYSTOSTOMIE	N	O	N	O
Z93.6	PRESENCE D'AUTRES STOMIES DE L'APP. URIN.	N	O	N	O
Z93.8	PRESENCE D'AUTRES STOMIES	N	O	N	O
Z93.9	PRESENCE DE STOMIE, SAI	N	O	N	O
Z94.0	PRESENCE DE GREFFE DE REIN	N	O	N	O
Z94.1	PRESENCE DE GREFFE DU COEUR	N	O	N	O
Z94.2	PRESENCE DE GREFFE DE POUMON	N	O	N	O
Z94.3	PRESENCE DE GREFFE DE COEUR ET POUMON	N	O	N	O
Z94.4	PRESENCE DE GREFFE DE FOIE	N	O	N	O
Z94.5	PRESENCE DE GREFFE DE PEAU	N	O	N	O
Z94.6	PRESENCE DE GREFFE D'OS	N	O	N	O
Z94.7	PRESENCE DE GREFFE DE CORNEE	N	O	N	O
Z94.8	PRESENCE D'AUTRES GREFFES D'ORG. ET DE TISSUS	N	O	N	O
Z94.80	PRESENCE DE GREFFE DE MOELLE OSSEUSE	N	O	N	O
Z94.81	PRESENCE DE GREFFE DE PANCREAS	N	O	N	O
Z94.88	PRESENCE DE GREFFE D'ORG. ET DE TISSUS NCA	N	O	N	O
Z94.9	PRESENCE DE GREFFE D'ORG. ET DE TISSU, SAI	N	O	N	O
Z95.0	PRESENCE D'UN STIMULATEUR CARD.	N	O	N	O
Z95.1	PRESENCE D'UN PONTAGE AORTO-CORONAIRE	N	O	N	O
Z95.2	PRESENCE DE PROTHESE D'UNE VALV. CARD.	N	O	N	O
Z95.3	PRESENCE D'UNE VALV. CARD. XENOGENIQUE	N	O	N	O
Z95.4	PRESENCE D'UNE AUTRE VALV. CARD. DE REMPLACEMENT	N	O	N	O
Z95.5	PRESENCE D'IMPLANT ET DE GREFFE VASC. CORONAIRES	N	O	N	O
Z95.8	PRESENCE D'AUTRES IMPLANTS ET GREFFES CARD. ET VASC.	N	O	N	O
Z95.9	PRESENCE D'IMPLANT ET DE GREFFE CARD. ET VASC., SAI	N	O	N	O
Z96.0	PRESENCE D'IMPLANTS UROGENITAUX	N	O	N	O
Z96.1	PRESENCE D'IMPLANTS INTRA-OCULAIRES DE CRISTALLIN	N	O	N	O
Z96.2	PRESENCE D'IMPLANTS OTOLOGIQUES ET AUDILOGIQUES	N	O	N	O
Z96.3	PRESENCE D'UN LARYNX ARTIF.	N	O	N	O
Z96.4	PRESENCE D'IMPLANTS ENDOCRINIENS	N	O	N	O
Z96.5	PRESENCE D'IMPLANTS MAXILLAIRES ET SUR RACINES DENTAIRES	N	O	N	O
Z96.6	PRESENCE D'IMPLANTS D'ARTIC. ORTHOPEDE.	N	O	N	O
Z96.7	PRESENCE D'AUTRES IMPLANTS OSSEUX ET TENDINEUX	N	O	N	O
Z96.8	PRESENCE D'AUTRES IMPLANTS Fct. PREC.	N	O	N	O
Z96.9	PRESENCE D'IMPLANT Fct., SAI	N	O	N	O
Z97.0	PRESENCE D'UN OEIL ARTIF.	N	O	N	O
Z97.1	PRESENCE D'UN Mb. ARTIF.	N	O	N	O
Z97.2	PRESENCE D'UNE PROTHESE DENTAIRE	N	O	N	O
Z97.3	PRESENCE DE LUNETTES ET LENTILLES DE CONTACT	N	O	N	O
Z97.4	PRESENCE D'APP. AUDITIF EXT.	N	O	N	O
Z97.5	PRESENCE D'UN DISPOSITIF CONTRACEPTIF	N	O	N	O
Z97.8	PRESENCE D'AUTRES APP. PREC.	N	O	N	O
Z98.0	PRESENCE DE DERIVATION INTEST. ET ANASTOMOSE	N	O	N	O

Utilisation des codes Z en : "O" = utilisable dans les rubriques considérées", "E" = exceptionnellement utilisable "N" = Non utilisable		Finalité princ.	Manif. morbide principale	Affect. Etiol.	Diag. ass. signific.
Z98.1	PRESENCE D'ARTHRODESE	N	O	N	O
Z98.2	PRESENCE D'UN APP. DE DRAINAGE DU L.C.R.	N	O	N	O
Z98.8	ETATS POST-CHIR. PREC., NCA	N	O	N	O
Z99.0	DEPENDANCE ENVERS UN ASPIRATEUR	N	O	N	O
Z99.1	DEPENDANCE ENVERS UN RESPIRATEUR	N	O	N	O
Z99.2	DEPENDANCE ENVERS UNE DIALYSE RENALE	N	O	N	O
Z99.3	DEPENDANCE ENVERS UN FAUTEUIL ROULANT	N	O	N	O
Z99.8	DEPENDANCE ENVERS D'AUTRES MACHINES ET APP. AUXILIAIRES	N	O	N	O
Z99.9	DEPENDANCE ENVERS UNE MACHINE ET UN APP. AUXILIAIRE, SAI	N	O	N	O

Chapitre VIII

PRISES EN CHARGE CLINIQUES CLASSANTES

1) QU'EST-CE QU'UNE PRISE EN CHARGE CLINIQUE "CLASSANTE" ?

- Une prise en charge clinique est dite "classante" lorsqu'elle intervient dans "l'algorithme de de la classification" afin d'orienter un RHS dans :

- . un groupe **"Prise en charge Clinique Très Lourde" (PCTL)**
- ou
- . un groupe **"Prise en charge Clinique Lourde" (PCL)**

- **Dans chacune des 14 Catégories Majeures Cliniques (CMC)²⁶ de la classification des GHJ, des groupes de Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) et de Prise en charge Clinique Lourde (PCL) sont déclinés.**

Rappel : "L'algorithme de la classification" constitue l'ensemble des tests successifs réalisés par le "logiciel groupeur" sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de celui-ci dans un grand groupe clinique, ou "Catégorie Majeure Clinique" (CMC) puis dans un "Groupe Homogène de Journées" (GHJ).

(voir documents présentant la classification spécifique aux soins de suite ou de réadaptation²⁷)

- Une prise en charge clinique classante est **décrite par un acte médical ou par un diagnostic appartenant à :**

- . **la liste fermée d'actes médicaux ou de diagnostics classant en "Prise en charge Clinique Très Lourde" (PCTL)**
- ou à
- . **la liste fermée d'actes médicaux ou de diagnostics classant en "Prise en charge**

²⁶ Les 14 Catégories Majeures Cliniques (CMC) de la classification PMSI SSR sont listées en page 8 de ce document.

²⁷ Manuel des Groupes Homogènes de Journées -PMSI soins de suite ou de réadaptation - Bulletin officiel n° 97/8 bis (Volume 1 : Principes de construction de la classification ; volume 2 : Description de la classification)

Clinique Lourde" (PCL)

Ces actes médicaux ou ces diagnostics sont des **"marqueurs" d'une prise en charge clinique lourde ou très lourde sans pour autant constituer eux-mêmes systématiquement des procédures lourdes ou coûteuses.**

La gastrostomie est à cet égard un bon exemple d'"acte marqueur".

2) DESCRIPTION SUR LE RHS

- Dans certains cas, une prise en charge clinique classante peut être décrite de plusieurs manières : par un ou plusieurs actes médicaux ou par un ou plusieurs diagnostics. **Quel que soit l'acte médical ou le diagnostic sélectionné par le médecin ayant en charge le recueil, l'affectation en "PCTL" ou "PCL" sera identique.**

Exemples :

La présence ou la surveillance d'une trachéostomie est classante en "PCL" dès lors qu'elle est décrite par un diagnostic, codé en CIM10, pouvant être :

- * J95.0 Fonctionnement défectueux d'une trachéotomie,*
- * Z43.0 Surveillance de trachéostomie,*
- * Z93.0 Présence de trachéostomie,*

. La réalisation d'une trachéotomie est classante en "PCL" dès lors qu'elle est décrite par un acte médical, extrait du Catalogue des Actes Médicaux (ou CdAM), pouvant être :

- * D100 Trachéotomie*
- * J829 Trachéotomie*
- * J478 Révision de trachéotomie ou de trachéostomie*

Remarque : L'acte de trachéotomie fait l'objet de deux codes dans le CdAM : le code J829 relevant du champ "ALPHA" des actes diagnostiques et thérapeutiques et le codes D100 relevant du champ "OMEGA" des actes de réanimation.

- **Un diagnostic est classant en "PCTL" ou en "PCL" quel que soit son niveau de description, c'est-à-dire qu'il soit renseigné en :**

- . "Finalité principale de la prise en charge",**
- . "Manifestation morbide principale",**
- . "Affection étiologique",**
- . ou en "Diagnostic associé significatif",**

dès lors que son code est compatible avec l'une de ces variables.

- **Un diagnostic classant en "PCTL" ou en "PCL" ne doit être renseigné que dans la zone de remplissage réservée à l'une des 4 variables ci-dessus énoncées (et non dans celle réservée aux actes médicaux).**

À l'inverse, un acte médical classant en "PCTL" ou en "PCL" ne doit être renseigné que dans la zone réservée aux actes médicaux classants.

- Afin de préciser le tableau clinique d'un patient, plusieurs diagnostics et actes médicaux classants peuvent être relevés sur son Résumé Hebdomadaire Standardisé. Néanmoins, il est **inutile de décrire une même procédure clinique classante de plusieurs manières.**

Par exemple, la surveillance d'une trachéostomie sera décrite par un, et un seul, diagnostic : J95.0 ou Z43.0 ou Z93.0.

3) ACTES MÉDICAUX À RELEVER

- **Un acte médical classant doit être relevé dès lors qu'il a été réalisé au moins une fois au cours de la semaine d'observation au sein de la structure enquêtée ou payé par celle-ci.** En cas d'acte médical classant réalisé au cours d'une journée de mutation entre deux unités médicales SSR, l'acte médical est enregistré sur le RHS de l'unité d'accueil du patient et non sur celui de l'unité que quitte le patient.

- Les actes médicaux qui doivent faire l'objet du recueil sont **extraits du Catalogue des Actes Médicaux (CdAM)²⁸** à l'exception des actes suivants :

- . U950 Alimentation parentérale (quel que soit l'apport calorique et la durée de réalisation de l'acte),
- . U951 Alimentation entérale (quel que soit l'apport calorique et la durée de réalisation de l'acte),
- . et U952, Oxygénothérapie pendant plus de 12 heures par jour.

Le code (en "U") et le libellé de ces actes, ont été créés dans le cadre des travaux d'extension du PMSI aux soins de suite ou de réadaptation afin de tenir compte d'actes spécifiques à ce domaine de l'activité hospitalière. Ces actes, ainsi provisoirement décrits, ont vocation à être intégrés dans le CdAM, jusqu'alors consacré aux actes médicaux réalisés en soins de courte durée. La révision du CdAM est assurée par le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS)²⁹.

Remarque : Dans le cadre de l'évolution de la classification PMSI SSR, le PERNNS devrait être

²⁸ Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) :

. Champ Alpha (2 volumes) : Actes diagnostiques et thérapeutiques (Bulletin Officiel : n° 96-10 bis)

. Champ Béta et Oméga : Actes d'anesthésie et de réanimation (Bulletin Officiel : n° 95-4 bis)

Remarque : Environ 70 actes seulement du CdAM sont mobilisés dans le cadre du recueil PMSI SSR ; ceux-ci étant listés dans ce présent document, l'utilisation des différents volumes du CdAM est inutile.

²⁹ Le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS), composé d'experts médicaux, est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils PMSI.

amené à se prononcer sur la pertinence d'un certain nombre d'actes de réanimation (codés en "D") dans les listes fermées d'actes médicaux classants en PCTL et en PCL. Quelques établissements de SSR ont en effet, par leur mode de fonctionnement, une activité s'apparentant à des soins de "post-réanimation", avec des techniques médicales lourdes mobilisant un temps important de personnel soignant formé à la réanimation, auprès de patients généralement "stabilisés". Ainsi, en concertation avec les sociétés savantes de réanimation, des actes de (post)-réanimation spécifiques à l'activité des soins de suite ou de réadaptation seront éventuellement créés par le PERNNS, afin de distinguer ceux-ci des actes de réanimation réalisés exclusivement dans des unités de réanimation de soins de courte durée.

- **Les actes médicaux non classants**, n'appartenant pas à l'une des deux listes présentées ci-dessous, **ne doivent pas être relevés, à l'exception de l'acte suivant : U952 Oxygénothérapie pendant plus de 12 heures par jour.**

Remarque : L'acte U952 Oxygénothérapie pendant plus de 12 heures par jour, qui doit être relevé sur le RHS avec les actes classants, est intégré dans le recueil à la demande des experts du terrain. Ceux-ci considèrent en effet que cet acte constitue un "marqueur" de lourdeur de la prise en charge des patients en "moyen séjour cardio-vasculaire et respiratoire". Cet acte n'existant pas lors du recueil de la base de données, qui a permis de construire la classification PMSI SSR, son caractère classant n'a pu être vérifié statistiquement. Ce n'est donc que sur la base du recueil en continu des RHS et dans le cadre de la révision de la version 1 de la classification des GHJ que cet acte pourra éventuellement :

- . devenir classant en PCTL ou en PCL,
- . et être intégré dans le Catalogue des Actes Médicaux.

4) ÉLÉMENTS CLASSANTS DANS UN GROUPE "PRISE EN CHARGE CLINIQUE TRÈS LOURDE" ("PCTL")

4.1) Un seul diagnostic

Code Libellé

- . **I46.0** : Arrêt cardiaque réanimé avec succès

4.2) Actes médicaux

Code Libellé

- . **D102** : Entraînement à la ventilation à domicile
- . **D104** : Cathéter artériel pulmonaire : mise en place ou surveillance
- . **D107** : Intubation : mise en place ou surveillance
- . **D110** : Traitement d'un arrêt circulatoire
- . **K546** : Massage cardiaque à thorax fermé

- . **D111** : Utilisation de drogues vasoactives
- . **D113** : Perfusion de dérivés sanguins volume supérieur à 1/2 masse sanguine en 24 heures (pour le nouveau-né volume supérieur à 40ml/kg)
- . **D117** : Alimentation parentérale au moins 35 kcal/j pendant au moins 10 jours (pour le nouveau-né au moins 20kcal/j)
- . **U950** : Alimentation parentérale (quel que soit l'apport calorique et la durée de réalisation de l'acte)
- . **D127** : Monitoring de la pression intracrânienne
- . **F125** : Mesure instantanée de la pression intracrânienne (P.I.C.)
- . **F126** : Implantation d'un capteur extradural et enregistrement de la pression intracrânienne (P.I.C.)
- . **F127** : Implantation d'un capteur sous-dural et enregistrement de la pression intracrânienne (P.I.C.)
- . **F128** : Implantation d'un capteur intraventriculaire et enregistrement de la pression intracrânienne (P.I.C.)
- . **F129** : Autres sites d'implantation de capteur
- . **F003** : Implantation d'un capteur intracérébral et enregistrement de la pression intracrânienne (P.I.C.)
- . **D171** : Ventilation mécanique

5) ÉLÉMENTS CLASSANTS DANS UN GROUPE "PRISE EN CHARGE CLINIQUE LOURDE" ("PCL")

5.1) Diagnostics

Code Libellé

- . **J95.0** Fonctionnement défectueux d'une trachéotomie
- . **N99.5** Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire
- . **T20.3** Brûlures au 3ème degré de la tête et du cou
- . **T22.3** Brûlures au 3ème degré de l'épaule et du membre supérieur sauf poignet et main
- . **T23.3** Brûlures au 3ème degré du poignet et de la main
- . **T27.0** Brûlures et corrosions des voies respiratoires
- . **T31.3** Brûlures entre 30 et moins de 40 % de la surface du corps
- . **T31.4** Brûlures entre 40 et moins de 50 % de la surface du corps
- . **T31.5** Brûlures entre 50 et moins de 60 % de la surface du corps
- . **T31.6** Brûlures entre 60 et moins de 70 % de la surface du corps
- . **T31.7** Brûlures entre 70 et moins de 80 % de la surface du corps
- . **T31.8** Brûlures entre 80 et moins de 90 % de la surface du corps
- . **T31.9** Brûlures couvrant 90 % ou plus de la surface du corps
- . **Z43.0** Surveillance de trachéostomie

- . Z43.1 Surveillance de gastrostomie
- . Z43.2 Surveillance d'iléostomie
- . Z43.4 Surveillance d'autres stomies de l'appareil digestif
- . Z43.5 Surveillance de cystostomie
- . Z43.6 Surveillance d'autres stomies des voies urinaires
- . Z44.0 Ajustement d'un bras artificiel
- . Z44.1 Ajustement d'une jambe artificielle
- . Z44.8 Ajustement d'autres appareils de prothèse externe
- . Z45.1 Ajustement d'une pompe à perfusion
- . Z45.3 Ajustement d'une prothèse auditive implantée
- . Z45.8 Ajustement d'autres prothèses internes
- . Z46.5 Ajustement d'une iléostomie et autres dispositifs
- . Z46.6 Ajustement d'un appareil urinaire
- . Z49.1 Dialyse extra-corporelle ou SAI
- . Z49.2 Dialyses, NCA
- . Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur
- . Z51.3 Transfusion sanguine sans mention de diagnostic
- . Z93.0 Présence de trachéostomie
- . Z93.1 Présence de gastrostomie
- . Z93.2 Présence d'iléostomie
- . Z93.4 Présence d'autres stomies de l'appareil digestif
- . Z93.5 Présence de cystostomie
- . Z93.6 Présence d'autres stomies de l'appareil urinaire
- . Z94.0 Présence de greffe du rein
- . Z94.1 Présence de greffe du coeur
- . Z94.2 Présence de greffe de poumon
- . Z94.3 Présence de greffe de coeur et poumon
- . Z94.4 Présence de greffe de foie
- . Z94.8 Présence d'autres greffes d'organes et de tissus
- . Z96.0 Présence d'implants urogénitaux
- . Z96.3 Présence d'un larynx artificiel
- . Z96.4 Présence d'implants endocriniens
- . Z99.1 Dépendance envers un respirateur
- . Z99.2 Dépendance envers une dialyse rénale

52) Actes médicaux

Code Libellé

- . D100 : Trachéotomie : mise en place ou surveillance
- . J829 : Trachéotomie
- . J478 : Révision de trachéotomie ou de trachéostomie
- . D101 : Drains thoraciques/péricardiques : mise en place ou surveillance
- . K179 : Pose d'un drain pleural

- . **K208** : Drainage pleural aspiratif
- . **K420** : Ponction péricardique
- . **K209** : Drainage aspiratif itératif
- . **D103** : Cathéter central ou désilet : mise en place ou surveillance (pour le nouveau-né : cathéter Jonathan, Broviack, veineux, ombilical)
- . **K797** : Mise en place d'un cathéter jugulaire interne
- . **K798** : Dénudation de veine jugulaire interne pour cathéter tunnelisé
- . **K799** : Mise en place d'un cathéter sous clavier
- . **K848** : Mise en place d'une chambre de perfusion par voie sous clavière
- . **K979** : Mise en place d'un système implantable pour chimiothérapie (port à cath.)
- . **D105** : Cathéter artériel : mise en place ou surveillance (pour le nouveau-né, cathéter ombilical, radial, temporal)
- . **K584** : Mise en place d'un cathéter intra-artériel
- . **D106** : Sonde d'entraînement électrosystolique : mise en place ou surveillance
- . **K492** : Stimulation cardiaque temporaire par électrode endocavitaire
- . **K493** : Stimulation cardiaque temporaire par voie transoesophagienne
- . **K318** : Stimulation cardiaque temporaire par voie transcutanée
- . **K319** : Stimulation cardiaque temporaire par électrode épicardique
- . **D109** : Cardioversion
- . **N038** : Mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez l'homme
- . **N039** : Mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la fille
- . **N040** : Mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez le garçon
- . **N042** : Mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez l'homme
- . **N043** : Mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la fille
- . **N044** : Mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez le garçon
- . **N045** : Mise en place d'une prothèse endo-urétérale unilatérale par endoscopie chez la femme
- . **N046** : Mise en place d'une prothèse endo-urétérale unilatérale par endoscopie chez l'homme
- . **N047** : Mise en place d'une prothèse endo-urétérale bilatérale par endoscopie chez la femme
- . **N048** : Mise en place d'une prothèse endo-urétérale bilatérale par endoscopie chez l'homme
- . **N096** : Mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la femme
- . **N102** : Mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la femme
- . **D116** : Réinstillation digestive
- . **D118** : Alimentation entérale (au moins 35 kcal/j pendant au moins 10 jours) à débit constant
- . **U951** : Alimentation entérale (quel que soit l'apport calorique et la durée de

- réalisation de l'acte)
- . **D119** : Réinjection d'ascite
 - . **D123** : Cathéter sus-pubien : mise en place ou surveillance
 - . **N210** : Changement de sonde de cystostomie
 - . **N219** : Mise en place d'un cathéter sus-pubien
 - . **D130** : Isolement d'un malade en chambre stérile ou isolateur
 - . **D129** : Ponction lavage péritonéale
 - . **D170** : Ventilation spontanée avec Pression Expiratoire Positive (P.E.P.) et C.P.A.P.
 - . **D172** : Dialyse péritonéale continue ou hémofiltration continue
 - . **L054** : Mise en place d'un cathéter pour dialyse péritonéale
 - . **N163** : Hémofiltration
 - . **N164** : Hémodiafiltration
 - . **N121** : Séance d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë
 - . **N122** : Séance d'hémodialyse en dehors de l'insuffisance rénale aiguë
 - . **N185** : Biofiltration sans acétate
 - . **D177** : Enfant sous incubateur
 - . **D179** : Surveillance continue en réanimation

Chapitre IX

DÉPENDANCE

1) SIX VARIABLES DE DÉPENDANCE

- Le niveau de dépendance du patient doit être évalué systématiquement par rapport à chacune des 6 variables suivantes :

- . **Habillage**
- . **Déplacements + Locomotion**
- . **Alimentation**
- . **Continence**
- . **Comportement**
- . **Relation**

Remarque : La dépendance à l'alcool ou à toute autre substance toxique doit être décrite dans le cadre du recueil de la morbidité, à l'aide d'un ou plusieurs codes CIM-10 (voir chapitre Morbidité).

2) UNE VARIABLE DE DÉPENDANCE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS "ACTIONS"

- Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs "actions" de la vie quotidienne.

- Par exemple, l'Habillage inclut deux "Actions" :*
- . *l'Habillage du haut du corps,*
 - . *l'Habillage du bas du corps.*

3) LES 4 NIVEAUX DE COTATION

- Chaque variable de dépendance est cotée selon les 4 niveaux suivants :

1-Indépendance :

- . complète : le patient est totalement autonome
- . modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement,
 - . ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable
 - . ou il le fait avec un risque acceptable.

2-Supervision ou arrangement : la présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l' "action" mais il n'y a aucun contact physique avec le patient.

Exception : mise en place et ablation d'une orthèse ou prothèse.

3-Assistance partielle : nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser partiellement au moins une "action".

4-Assistance totale : nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité d'au moins une "action".

N I V E A U X	1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
	2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
	3	Assistance partielle	Contact d'un tiers
	4	Assistance totale	

--	--

4) PRINCIPES DE COTATION

- **Coter** chaque "Action" **en fonction de ce que fait réellement le patient** au cours de chaque semaine d'hospitalisation observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles et psychologiques.

Par exemple, si un patient refuse de s'habiller seul le bas du corps, bien qu'il en soit capable et qu'il doive alors être totalement assisté pour réaliser cette "Action", sa cotation à l'Habillage du bas est 4.

- **Si** lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que **le patient n'effectue pas les différentes "Actions" de façon homogène**, il faut **retenir la cotation de "l'Action" où se manifeste la plus grande dépendance**.

Exemple pour la variable Habillage : le patient met seul sa chemise et demande seulement de l'aide pour mettre les boutons ; par contre il ne met absolument pas ses sous-vêtements ni son pantalon et encore moins ses chaussures et ses chaussettes, dans ce cas l'"Action" Habillage du haut du corps est cotée 3 et l'"Action" Habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter la variable Habillage à 4.

- **Si** pour une "Action", il y a **hésitation de cotation entre le niveau 3** (assistance partielle) **et le niveau 4** (assistance totale), **coter 4**.

- Pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour, de nuit ou en traitements ou cures ambulatoires et qui ne réalisent pas au sein de la structure certaines "Actions", comme par exemple l'habillage, ces "Actions" doivent être évaluées par l'équipe soignante ou par l'équipe de rééducation-réadaptation. Ces équipes peuvent éventuellement procéder en interrogeant le patient ou son entourage.

Remarque : Cette grille de dépendance a été élaborée spécifiquement dans le cadre des travaux PMSI soins de suite ou de réadaptation. Actuellement, il n'existe **pas de tables de transcodage** avec d'autres systèmes d'évaluation de la dépendance qui soient **validées** par le

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS)³⁰.

³⁰ Voir note 29 en bas de page 63.

5) UTILISATION D'UN FAUTEUIL ROULANT

- Cette notion de fauteuil roulant doit être élargie à tout autre mode de déplacement à l'exception du déambulateur (chaise roulante, chariot plat, tricycle etc....).

- Indiquer "oui" si :

- . le mode de déplacement **le plus courant** est le fauteuil roulant (ou tout autre mode de déplacement),
- . quel que soit le niveau de dépendance du patient dans l'utilisation de celui-ci.

Remarque : La dépendance du patient quant à l'utilisation de ce mode de déplacement est évaluée dans le cadre de la cotation de la variable Déplacements + Locomotion ("Actions" de locomotion et de transferts)

6) PRÉSENTATION DE CHAQUE VARIABLE DE DÉPENDANCE

- Les 6 variables de dépendance sont présentées de la même façon avec :
- . un intitulé,
 - . une description des "Actions",
 - . 4 niveaux de cotation, de 1 à 4, explicités pour chacune des "actions".

6.1) Habillage

- Inclut 2 "Actions" :

Habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou prothèse selon le cas.

Habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.

1 - Indépendance complète ou modifiée

s'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle, peut mettre et

attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression, peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse OU requiert une adaptation pour attacher ses vêtements OU prend plus de temps que la normale.

2 - Supervision ou arrangement

requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux "Actions".

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux "Actions".

62) Déplacements + Locomotion

- Inclut 5 "Actions" :

Transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement.

Transferts aux toilettes : s'asseoir et se relever du siège des toilettes.

Transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche.

Locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité.

Utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches).

Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou chaise roulante, chariot plat, tricycle etc...), ne pas coter cette "Action" Utilisation des escaliers.

1 - Indépendance complète ou modifiée

effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2 - Supervision ou arrangement

requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied) OU nécessite une supervision pour parcourir 45m, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou monter-descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces 4 ou 5 "Actions".

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces 4 ou 5 "Actions".

63) Alimentation

- Inclut 3 "Actions" nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

Utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche,

Mastication,

Déglutition (avalier la bouchée ou la gorgée)

1 - Indépendance complète ou modifiée

mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau-fourchette etc...) OU requiert plus de temps que la normale OU nécessite des aliments à consistance modifiée ; si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 - Supervision ou arrangement

requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois "Actions" OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois "Actions" OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

64) Continence

-Inclut 2 "Actions" :

Contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

Contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

1 - Indépendance (totale ou modifiée)

contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériel spécifique pour la continence :

*** urinaire :**

- urinal
- bassin de lit
- chaise d'aisance
- couche, serviette absorbante
- sondes
- collecteur urinaire
- médicaments

*** fécal :**

- bassin de lit
- chaise d'aisance
- stimulation digitale
- lavement
- médicaments
- poche de stomie

2 - Supervision ou arrangement :

requiert une supervision (éducation) OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'1 fois par mois).

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc...) pour au moins l'une des deux "Actions", OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'1 fois par jour).

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux "Actions" OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures, et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques : Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée ici (et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier) :

- . Si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1.
- . Si l'infirmière (ou un autre intervenant) supervise la gestion de la poche à urine, coter 2.
- . Si l'infirmière (ou un autre intervenant) gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion de ce système qui est évaluée ici (cotations : confer ci-dessus).

6s) Comportement

- Inclut 1 "Action" :

Interaction sociale : s'entend et participe avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, assure ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

1 - Indépendance totale ou modifiée

se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médicaments pour garder le contrôle.

2 - Supervision

requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 - Assistance partielle

ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 - Assistance totale

se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées :

- . crises de colère intempestives,*
- . langage excessif, grossier, violent,*
- . rires et pleurs excessifs,*
- . violences physiques,*
- . attitude très renfermée ou sans interaction.*

Remarque : La démence ou toute autre pathologie mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité et à l'aide d'un ou plusieurs codes CIM-10.

6) Relation-Communication

- Inclut 2 "Actions" :

Compréhension d'une communication visuelle ou auditive.

Expression claire du langage verbal et non verbal.

1 - Indépendance complète ou modifiée

comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 - Supervision

requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support etc...).

3- Assistance partielle

ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 - Assistance totale

ne s'exprime pas et / ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

Chapitre VIII
PRISES EN CHARGE DE
RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION

1) DOUZE "ACTIVITÉS DE RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION"

- La **rééducation-réadaptation** est décrite à travers 12 "**Activités**" qui sont les suivantes :

- . Rééducation mécanique
- . Rééducation sensori-motrice
- . Rééducation neuro-psychologique
- . Rééducation respiratoire et cardio-vasculaire
- . Rééducation nutritionnelle
- . Rééducation sphinctérienne et urologique
- . Réadaptation-réinsertion
- . Adaptation d'appareillage
- . Rééducation collective
- . Bilans
- . Physiothérapie
- . Balnéothérapie

2) UNE "ACTIVITÉ DE RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION" EST DÉFINIE PAR UNE LISTE FERMÉE D'"ACTES"

- Chaque "**Activité de rééducation-réadaptation**" est définie par une liste fermée d'"**Actes**".

Par exemple, il y a "Rééducation respiratoire et cardio-vasculaire" si au moins un des Actes suivants est réalisé :

- . Désencombrement respiratoire
- . Aspiration bucco-pharyngée et translaryngée
- . Ventilation dirigée
- . Ventilation assistée par orthèse ou contrôlée par prothèse
- . Réentraînement à l'effort
- . Surveillance télémétrique

- Les "**Actes de rééducation-réadaptation**" sont exclusifs : un "Acte" appartient à une et une seule "Activité".

- Chaque "Acte" est défini :

Par exemple, Surveillance télémétrique : "Transmission d'ECG par télémétrie VHF à une station de surveillance centrale (1 à 4 dérivations) sous surveillance médicale."

- La liste et la définition des "Actes" par "Activité de rééducation-réadaptation" sont présentées dans le **Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation (CdARR)**³¹.

3) "TEMPS INTERVENANT" HEBDOMADAIRE PAR "ACTIVITÉ DE RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION"

- Pour chacune des "Activités de rééducation-réadaptation", indiquer l'**intensité de "Temps Intervenant" hebdomadaire**.

- En cas d'activité de rééducation-réadaptation réalisée au cours d'une journée de mutation entre deux unités médicales SSR, le "temps intervenant" correspondant est imputé sur le RHS de l'unité d'accueil du patient et non sur celui de l'unité que quitte le patient.

- **Ce temps est exprimé en minutes, par tranche de 5 minutes.**

Par exemple, saisir 40 minutes pour 38 minutes effectives.

- Il est **inutile de recueillir une "Activité" enregistrant moins de 30 minutes de "Temps intervenant" consacré à un patient au cours d'une semaine**, quel que soit le nombre de journées de présence du patient.

- Est pris en compte le "**Temps intervenant**" consacré au patient, qui constitue :

. **une prise en charge individuelle,**

. **même en dehors de la présence du patient s'il s'agit des "Activités" de Réadaptation-réinsertion et d'Adaptation d'appareillage.**

³¹ Le Catalogue des "Activités de rééducation-réadaptation" - PMSI soins de suite ou de réadaptation est publié au Bulletin Officiel (Fascicule n° 97/6 bis)

- À l'exception de la Rééducation collective pour laquelle le "Temps intervenant" est consacré à :

. une prise en charge collective,

. et est comptabilisé sans être rapporté au patient.

Par exemple, 6 patients bénéficient de 3 heures (soit 180 minutes) de Gymnastique collective dans la semaine. Sur le Résumé Hebdomadaire Standardisé de chacun de ces 6 patients, le "Temps intervenant" imputé à Rééducation collective sera "180 minutes".

- Le "Temps intervenant" d'une "Activité de rééducation-réadaptation" consacré à un patient au cours d'une semaine peut concerner des intervenants différents se succédant auprès du patient ou opérant éventuellement ensemble. Les temps d'intervention de ces différentes personnes auprès du patient sont recueillis et cumulés dès lors qu'ils concernent une même activité.

- Les prises en charge de rééducation-réadaptation sont recueillies sur le **Résumé Hebdomadaire Standardisé par "Activité" et non par "Acte"**. Si plusieurs "Actes" relevant d'une même "Activité" sont réalisés pour un patient au cours d'une semaine, les "Temps intervenant" relatifs à chacun de ces actes sont cumulés et affectés à l'"Activité" dont ils relèvent.

4) "TYPE D'INTERVENANTS"

- Le "Temps intervenant" est pris en compte **pour tous les "TYPES D'INTERVENANTS" de rééducation-réadaptation (au sens large) si et seulement si ceux-ci sont rémunérés par la structure sur une dotation sanitaire.**

Par exemple, les "Temps intervenant" d'enseignants rémunérés par l'Éducation Nationale ne sont pas pris en compte.

- **Sont considérés comme intervenants de rééducation-réadaptation les acteurs suivants:**

Masseur-kinésithérapeute
Érgothérapeute
Orthoprothésiste
Orthophoniste
Orthoptiste

Pédicure-podologue
 Podo-orthésiste
 Manipulateur d'électro-radiologie
 Médecin (ou médecin en formation)
 Psychologue
 Neuropsychologue-rééducateur (rice)
 Psychomotricien (ne)
 Diététicien (ne)
 Éducateur (rice) spécialisé (e) de jeunes enfants
 Éducateur (rice) sportif (ve)
 animateur (rice)
 Ergonome et chargé d'emploi
 Conseiller (e) du travail chargé (e) de l'emploi
 Moniteur (rice) d'atelier
 Psychotechnicien (ne)
 Assistant (e) de service social
 Conseiller (e) en économie sociale et familiale
 Enseignant (e) général (e), prof., techno. EPS)
 Instituteur (rice) spécialisé (e) C.A.E.I.
 Documentaliste
 Moniteur (rice) auto-école

- Certains **"Types d'intervenants"** ne sont concernés que par une seule **"Activité de rééducation-réadaptation"** (en dehors des Bilans qui leur sont spécifiques). Ces "Types d'intervenants" sont les suivants :

- . Manipulateur d'électro-radiologie : Physiothérapie
- . Ergonome et chargé d'emploi : Réadaptation-réinsertion (chapitre Réadaptation professionnelle)
- . Moniteur (rice) d'atelier : Réadaptation-réinsertion (chapitre Réadaptation professionnelle)
- . animateur (rice) : Réadaptation-réinsertion
- . Enseignant (e) : Réadaptation-réinsertion (chapitre Réadaptation scolaire et universitaire)
- . Instituteur (rice) spécialisé (e) CAEI : Réadaptation-réinsertion (chapitre Réadaptation scolaire et universitaire).
- . Documentaliste : Réadaptation-réinsertion (chapitre Réadaptation scolaire et universitaire)
- . Conseiller (e) en économie sociale et familiale : Réadaptation-réinsertion
- . Moniteur (rice) auto-école : Réadaptation-réinsertion (uniquement les "Actes" PV12 et PV14).

- Le **"Type d'intervenant"** n'est pas renseigné dans le RHS.

ANNEXES

Annexe 1:
MEMBRES DE L'ÉQUIPE PROJET

DIRECTION DES HÔPITAUX - MISSION PMSI :

Ministère du travail et des affaires sociales
Direction des Hôpitaux, Mission PMSI
8 avenue de Ségur, 75350 Paris 07
Téléphone : 01 40 56 48 28
Télécopie : 01 40 56 50 37

- **C. BARJOU**, chargée des actions de communication et de formation sur les travaux PMSI - SSR

- **E. BELLIARD**, responsable des travaux PMSI - SSR

CENTRE DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION DU PMSI (CTIP) :

Université Paris VI Pierre et Marie Curie, 12 rue Cuvier
75252 Paris 05
Téléphone : 01 42 17 08 66
Télécopie : 01 44 27 65 83

- **V. PIGNIER**, chargée des travaux statistiques PMSI - SSR

- **Monsieur J.N. ATARD**, direction Financière
Centre mutualiste de rééducation et réadaptation fonctionnelle de KERPAPPE
Ploemeur 56270 B.P.78

- **Docteur A.C. BENSADON**, adjoint au chef de la Mission PMSI
Ministère du travail et des affaires sociales
DH, 8 avenue de Ségur
75350 Paris 07

- **Docteur F. BOULAY**, médecin chef au DIM
CHU de Nice - Hôpital Saint Roch

5, rue Pierre Dévoluy
Nice 06006 cédex 1

- **Monsieur G. BOURHIS**, direction des affaires financières
Hospices Civils de Lyon
3, quai des célestins
Lyon 69002
- **Docteur P. CHARPENTIER**, médecin chef de service
Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle de Coubert
route de Liverdy
Coubert 77170
- **Docteur A. COURTILLON**, médecin chef d'établissement
Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle de Rennes Beaulieu (Fondation SEF)
41, avenue des Buttes de Coësmes
Rennes - Beaulieu 35700
- **Madame A.Y. EVEN**, responsable du système d'information et d'organisation
Centre mutualiste de rééducation et réadaptation fonctionnelle de KERPAPE
Ploemeur 56270 B.P.78
- **Madame C. HEUCLIN**, direction des affaires financières
Hospices Civils de Lyon
3, quai des célestins
Lyon 69002
- **Professeur F. KOHLER**, directeur du laboratoire SPI-EAO
Faculté de médecine de Nancy
avenue de la forêt de Haye
Vandoeuvre 54505 BP 184
- **Madame F. LERHY**, cadre infirmier
Centre Hospitalier de Dax
boulevard Y. du Manoir
BP 323 40107
- **Docteur D. MAYEUX**, médecin chef au DIM
CHU de Metz-Thionville
20 rue Drogon
Metz 57000
- **Docteur P. MÉTAIS**, médecin chef
CHR de Metz-Thionville
Centre régional de gériatrie "Félix Maréchal"

1, rue Xavier Roussel
Metz Devant Les Ponts 57000

- **Docteur P. MÉTRAL**, médecin DIM
CHU de Dijon
2, boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny
Dijon 21034 B.P. 1542

- Docteur B. MORINEAUX**, médecin chef réadaptateur
Hôpital Thermal Civil
Bourbonne Les Bains 52400

- **Docteur J.F. NOURY**, médecin chef au DIM
CH de Villeneuve Saint George 94190

- **Professeur J. PÉLISSIER**, médecin chef
Hôpital Carémeau, CHU de Nimes
Service de rééducation fonctionnelle
Nimes 30006

- **Docteur N. RIBET-REINHART**, médecin chef au DIM
Hôpital National de Saint Maurice
14, rue du Val d'Osne
Saint Maurice 94410

- **Professeur O. SAINT JEAN**,
Hôpital Charles Foix
7, avenue de la République
Ivry sur Seine 93203

Annexe 2
MEMBRES DU COMITÉ DE LIAISON

FIEPH	SNCPRF	<p>Monsieur LANFANT</p> <p>Docteur STER, <i>Président du SNCPRF</i></p> <p>Monsieur BISACCIA, <i>Suppléant du Docteur STER</i></p> <p>Docteur TOUSSAINT, <i>Clinique de Cabeïrol</i></p> <p>Docteur BORDET, <i>CRF Pasori</i></p> <p>Docteur GOBIN, <i>Clinique Les Trois Soleils</i></p>
	SNCCRR	<p>Monsieur AMARANTINIS, <i>Président du SNCCRR</i></p> <p>Docteur GIORDANO, <i>Clinique La Provençale</i></p>
FHF		Monsieur CADÈNE, <i>Délégué Général de la FHF</i>
UHP	SNESERP	<p>Docteur GERBAUD-MORLAES, <i>Président du SNESERP</i></p> <p>Madame NEUMANN, <i>Directrice du Centre Annie Énia</i></p>
	UNEC	Docteur MEYER, <i>Directeur de la Polyclinique IPOCA</i>
UNIOPSS		<p>Monsieur GROUÈS</p> <p>Docteur ANDRÉYS, <i>URIOPSS</i></p>
FEHAP		<p>Monsieur JOUVE, <i>Sous Directeur</i></p> <p>Monsieur TRUFFIER</p> <p>Madame BERTON-ZWARTJES</p> <p>Docteur VALLEBEAU, <i>Président de la Conférence Nationale des présidents de CME des établissements FEHAP</i></p> <p>Docteur BÉRARD, <i>Médecin chef au Centre de l'Argentière</i></p> <p>Docteur TRAYNARD, <i>Suppléant du Docteur BÉRARD</i></p>
CNAMTS		<p>Docteur AOUSTIN, <i>Médecin conseil national adjoint</i></p> <p>Docteur BRAMI</p>
CANAM		Docteur SERRUYS, <i>Médecin conseil national adjoint</i>
MSA		Docteur PINCHENZON, <i>Médecin conseil technique national</i>
Conférence des Directeurs des Hôpitaux Généraux		Monsieur FRÉCHOU, <i>Directeur du Centre Hospitalier de BEAUMONT/OISE</i>

Conférence des Directeurs Général de CHU		Monsieur DECOURT, <i>Directeur Général du CHU de Metz-Thionville</i>
Conférence des Présidents de CME des Hôpitaux Généraux		Docteur LAMBERT, <i>Centre Hospitalier de DUNKERQUE</i>
Conférence des Présidents de CME des CHU		Professeur HECKETSWEILLER, <i>CHU de Rouen</i>
Conférence des Médecins Inspecteurs Régionaux		Docteur RAVault, <i>Médecin Inspecteur Régional Adjoint à la DRASS Rhône Alpes</i>
APHP		Docteur HOLSTEIN, <i>Délégation information médicale</i>
Direction de la Sécurité Sociale		Madame LELAIDIER, <i>bureau AM1</i>

Annexe 3

GLOSSAIRE

Actes médicaux classants : Environ 70 actes du Catalogue des Actes Médicaux peuvent être recueillis dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Dans le cadre de l'exploitation de la base de données, constituée initialement pour construire la classification des GHJ, ces actes se sont avérés "classants", c'est-à-dire marqueurs d'une discrimination statistique de la consommation des ressources. *Voir pages 61 à 67.*

Actions de la vie quotidienne : Chaque variable de dépendance recouvre une ou plusieurs "actions" de la vie quotidienne. Par exemple, l'habillement recouvre deux actions : l'habillement du haut du corps et l'habillement du bas du corps. *Voir pages 69 et 72 à 77.*

Activités / Actes de rééducation-réadaptation : Douze "Activités de rééducation-réadaptation" sont recensées dans le recueil d'information standard PMSI SSR. Chaque "Activité de rééducation-réadaptation" est définie par une liste fermée d'"actes", qui eux ne sont pas recensés. Les "Activités de rééducation-réadaptation", ainsi que les "actes" rattachés à chacune d'entre elles, sont présentés dans le Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation. *Voir pages 79 à 82.*

Affection étiologique : "L'Affection étiologique" constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle décrit l'affection à l'origine de l'altération ou du problème fonctionnel (ou organique) présenté par le patient et motivant sa prise en charge en SSR. *Voir pages 31 et 36.*

Algorithme de la classification, arbre de décision : L'algorithme de la classification est représenté par l'ensemble des tests successifs réalisés par le "logiciel groupeur" sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé dans une Catégorie Majeure Clinique puis dans un Groupe Homogène de Journées. Pour chaque Catégorie Majeure Clinique, il existe un arbre de décision spécifique. L'ensemble des arbres de décision par CMC constitue l'algorithme de la classification des GHJ. La plupart des variables du recueil d'information standard PMSI SSR sont utilisées dans l'algorithme de la classification pour discriminer les Groupes Homogènes de Journées. *Voir page 8.*

Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) : Les actes médicaux classants qui peuvent être recueillis dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé sont extraits du Catalogue des Actes Médicaux. En pratique, l'utilisation du CdAM dans le cadre du recueil d'information standard

PMSI SSR est inutile puisque les 70 actes concernés sont listés dans le présent document. *Voir pages 62 à 67.*

Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation (CdARR) : Les activités de rééducation-réadaptation recensées dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé sont définies et décrites dans le Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation publié au Bulletin Officiel (fascicule n° 97/6 bis). *Voir page 80.*

Catégorie Majeure Clinique (CMC) : Chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé est classé dans l'une des 14 Catégories Majeures Cliniques de la classification PMSI SSR. Au nombre de 14, les Catégories Majeures Cliniques permettent de classer chaque RHS en fonction de l'orientation de la prise en charge du patient (poursuite de soins médicaux et rééducation, attente de placement, soins palliatifs etc...) et de la localisation ou du type de la pathologie ayant précédé et motivé la prise en charge de celui-ci (cardio-vasculaire et respiratoire, neuro-musculaire etc...). *Voir page 8.*

Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) : Ce centre, rattaché à l'université Pierre et Marie Curie de Paris VI, est chargé par la Direction des Hôpitaux d'effectuer les travaux statistiques et les développements informatiques liés au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Ses coordonnées sont les suivantes : Université de Paris VI - CTIP - 4 place Jussieu, 75252 Paris Cedex 05. Téléphone : 01 42 17 08 66 ; télécopie : 01 44 27 65 83. *Voir page 85.*

Classification des Groupes Homogènes de Journées : La classification des Groupes Homogènes de Journées, spécifique au secteur des soins de suite ou de réadaptation, comporte, dans sa version 1, 14 Catégories Majeures Cliniques et 279 Groupes Homogènes de Journées. Elle constitue un outil permettant de classer chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé, en fonction des informations qu'il contient, dans un et un seul Groupe Homogène de Journées, rattaché à une Catégorie Majeure Clinique. La classification des Groupes Homogènes de Journées est publiée au Bulletin Officiel (fascicule n° 97/8 bis - Volume 1 : Principes de construction de la classification ; Volume 2 : Description de la classification). *Voir pages 7 et 8.*

Classification Internationale des Maladies (CIM) : Publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cette classification est utilisée dans sa dixième révision (CIM-10) pour coder la morbidité dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Dans le cadre de ce recueil, sont utilisés les volumes 1 et 3 de la CIM10. Le volume 1, ou "table analytique" présente la classification tandis que le volume 3, ou "index alphabétique", contient l'index assorti d'instructions détaillées pour son utilisation. Des consignes particulières d'utilisation de la CIM-10 dans le cadre du recueil d'information standard PMSI SSR sont présentées dans ce document. *Voir pages 29 à 59.*

Diagnostics associés significatifs : Les "Diagnostics associés significatifs" constituent l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Ils décrivent les motifs de prise en charge et/ou pathologies associées à la "Finalité principale de la prise en charge" du patient et/ou à la "Manifestation morbide principale" de celui-ci. Jusqu'à 5 "Diagnostics associés significatifs" peuvent être décrits dans un RHS. *Voir pages 31, 32 et 37.*

Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) : Ce fichier répertorie tous les établissements sanitaires et sociaux auxquels est affecté un numéro "d'identification", appelé "Numéro FINESS". Ce fichier est géré par le Service des Études et des Systèmes d'Information (SESI) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Voir pages 12 et 13.*

Finalité principale de prise en charge : La "Finalité principale de prise en charge" constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle précise "comment" le malade est pris en charge au cours de la semaine observée. *Voir pages 30, 32 et 42 à 47.*

Groupe Homogène de Journées (GHJ) : Chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé est classé dans un et un seul groupe homogène du point de vue clinique et du point de vue de la consommation des ressources. Au nombre de 279, les Groupes Homogènes de Journées permettent de classer chaque RHS en fonction d'un certain nombre de caractéristiques du patient au cours de la semaine observée : son âge, sa morbidité, son état de dépendance, l'existence de certaines prises en charge cliniques ou de rééducation-réadaptation. *Pages 7 et 8.*

Manifestation morbide principale : La "Manifestation morbide principale" constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle décrit l'altération ou le problème fonctionnel ou organique principalement pris en charge au cours de la semaine observée. *Voir pages 30, et 32 à 35.*

Prise en charge Clinique Lourde (PCL) / Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) : Dans le cadre de l'exploitation de la base de données recueillie initialement pour construire la classification des Groupes Homogènes de Journées, certaines prises en charge cliniques se sont avérées statistiquement discriminantes en matière de consommation de ressources. La classification des GHJ comporte ainsi dans chaque Catégorie Majeure Clinique des groupes spécifiques de Prise en charge Clinique Lourde (PCL) et de Prise en Charge Clinique Très Lourde (PCTL) afin de distinguer ces situations. Un Résumé Hebdomadaire Standardisé est classé dans un groupe de PCL ou de PCTL s'il présente un diagnostic ou un acte médical classant appartenant à une liste fermée. Il existe deux listes d'actes médicaux et de diagnostics classants, l'une pour les PCL et l'autre pour les PCTL. *Voir pages 61 à 67.*

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS) : Le PERNNS, composé d'experts médicaux, est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils PMSI. Ses coordonnées sont les suivantes : PERNNS - 19 boulevard Eugène Deruelle 69003 Lyon. Téléphone : 04 72 84 86 20. *Voir pages 63 et 71.*

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information trouve un fondement légal dans l'article L.710-6 du Code de la Santé Publique qui dispose que "les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins."

Recueil d'information standard PMSI SSR : Ce recueil constitue le dénominateur commun de l'information médicalisée en soins de suite ou de réadaptation. Il est composé d'un volet "Identifiant patient", d'un volet "Mouvements" et de "n" "Résumés Hebdomadaires Standardisés". *Voir pages 7 à 9.*

Résumé Hebdomadaire Anonyme (RHA) : Le Résumé Hebdomadaire Anonyme (RHA) permet la transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci, par anonymisation du Résumé Hebdomadaire Standardisé. Le format des RHA, les modalités et délais de transmission aux services déconcentrés de l'État seront définis ultérieurement par arrêté. *Voir page 5.*

Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) : Sur chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé, figurent les caractéristiques de morbidité et de dépendance du patient ainsi que certains actes médicaux et activités de rééducation-réadaptation, caractéristiques de la lourdeur de sa prise en charge hospitalière, en termes de consommation de ressources, au cours d'une semaine observée. Chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé fait l'objet d'un classement dans un Groupe Homogène de Journées. *Voir page 7.*

Annexe 4
CIRCULAIRE DU 3 AVRIL 1997

LE MINISTRE DU TRAVAIL
ET DES AFFAIRES SOCIALES
à

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS
DES AGENCES RÉGIONALES DE
L'HOSPITALISATION
(pour attribution)

MADAME ET MESSIEURS LES PRÉFETS DE
RÉGION
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)

MESDAMES ET MESSIEURS LES PRÉFETS
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et
Sociales
(pour information)

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SOUS
COMPÉTENCE TARIFAIRE DE L'ÉTAT
(diffusion à assurer par les directions régionales des
affaires sanitaires et sociales)

CIRCULAIRE DH/PMSI/97 N°251 du 3 avril 1997 relative à la
mise en place dans les établissements de santé ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation
d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS) ; dispositions particulières pour les
établissements sous compétence tarifaire de l'Etat.

P.J. : 2 annexes + 2 fiches

Résumé :

Dans le cadre de l'extension du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI),
un recueil d'informations standard va être mis en place dans les établissements du secteur des soins
de suite ou de réadaptation.

- Présentation des principes méthodologiques adoptés pour élaborer des outils spécifiques à ce
champ de l'activité hospitalière.
- Description des différentes opérations et étapes nécessaires au lancement de ce recueil ainsi que
rôle des différents acteurs impliqués dans le lancement.

Mots clés : programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ; classification à la journée pondérée ; catégorie majeure clinique (CMC) ; groupe homogène de journées (GHJ) ; résumé hebdomadaire standardisé (RHS) ; résumé hebdomadaire anonyme (RHA)

Textes de référence :

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés
- Circulaire DH/AF2/96/N° 754 du 18 décembre 1996 relative à la campagne budgétaire 1997 des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat
- Circulaire DH/PMSI N°303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) trouve un fondement légal dans *l'article L.710-6* du Code de la Santé Publique qui dispose que *"les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins."*

Jusqu'à présent, seul le secteur hospitalier des soins de courte durée (médecine, chirurgie et obstétrique) disposait d'outils permettant la description et l'analyse médico-économique de son activité. Ces outils sont désormais opérationnels. Ils permettent en outre de corriger les écarts de dotation budgétaire des établissements.

Afin de mieux connaître à terme la totalité de l'activité hospitalière, des travaux d'extension du champ du PMSI ont été entrepris dans les autres domaines, et en particulier dans celui des **soins de suite ou de réadaptation** (SSR). Comme pour le court-séjour, l'un des objectifs de ces travaux est de produire des informations dont l'exploitation favorise la création et l'enrichissement des bases de données médicales. Par ailleurs, permettant de mieux connaître la nature et le volume de l'activité produite par l'hôpital, ces informations peuvent contribuer à l'évaluation de la qualité des soins dispensés. Leur validité et leur interprétation seront discutées et appréciées au sein de la commission médicale d'établissement (CME) ainsi qu'au niveau régional, au sein du comité technique régional de l'information médicale (COTRIM). Ainsi, **en concertation avec de nombreux experts** des différents secteurs des soins de suite ou de

réadaptation ou en matière de système d'information PMSI, une classification médico-économique a été **élaborée à partir de l'analyse de l'existant**.

A cette fin, une base de données a été spécialement constituée, à partir des informations recueillies en novembre et décembre 1994 dans une centaine d'établissements sélectionnés par échantillonnage stratifié mais néanmoins volontaires pour participer au recueil.

Depuis 1993, une "Équipe Projet", composée d'une vingtaine de membres, participe activement à l'élaboration des outils techniques "PMSI soins de suite ou de réadaptation".

Au deuxième semestre 1994, a également été mis en place un "Comité de Liaison" regroupant les différents représentants institutionnels afin d'assurer le suivi de l'expérimentation³².

Enfin, toutes les équipes du terrain qui ont accepté de participer au recueil de la base de données et/ou au test du recueil d'informations standard, réalisé en novembre et décembre 1996, ont également beaucoup contribué à ces travaux.

Il est désormais possible d'engager la phase opérationnelle de déploiement du PMSI soins de suite ou de réadaptation. **Les principes méthodologiques, énoncés ci-après, sont valables pour l'ensemble des établissements de SSR, quels que soient leur statut juridique et le secteur, public ou privé, auquel ils appartiennent. En revanche, les éléments de calendrier et le dispositif d'accompagnement du lancement du recueil d'informations standard, prévus aux paragraphes 4 et suivants de la présente circulaire, ne concernent que les établissements sous compétence tarifaire de l'Etat.**

1. Principes méthodologiques adoptés dans le cadre de l'extension du PMSI aux soins de suite ou de réadaptation

a/ "Le résumé hebdomadaire standardisé (RHS)"

Le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) recense **des caractéristiques socio-démographiques et de filière de soins du patient** (âge, sexe, code postal du lieu de résidence, date et modalités d'entrée et de sortie). Il décrit également la **morbidity** afin de cerner comment et pour quoi le malade est pris en charge, ces informations étant décrites à l'aide de la classification internationale des maladies dans sa 10ème version (CIM-10). **L'état de dépendance** physique et relationnelle du patient est également relevé en 6 rubriques d'activités (habillage, déplacements et locomotion, alimentation, continence, comportement et relation) . Enfin, certains **actes médicaux ou de rééducation-réadaptation** sont recueillis, afin de préciser le niveau de prise en charge du malade.

Afin de faciliter l'organisation du recueil, **le découpage hebdomadaire est identique pour tous les séjours. Il est calé sur la semaine (du lundi au dimanche), et non sur la date d'admission de chaque patient.**

b/ "Une classification à la journée pondérée"

La classification construite pour les soins de suite ou de réadaptation est une **"classification à la journée**

³² Les membres du Comité de Liaison représentent les différentes fédérations d'établissements, les conférences des directeurs et présidents de CME des établissements, les caisses ainsi que la conférence des MIR.

pondérée".

La classification comporte **14 catégories majeures cliniques (CMC)**³³ regroupant les journées :

- . selon l'orientation de la prise en charge des malades (poursuite de soins médicaux, rééducation, soins palliatifs, etc)
- . et selon la pathologie motivant cette prise en charge.

Ces CMC sont exhaustives et exclusives : tout patient, une semaine donnée, doit relever d'une catégorie et d'une seule.

Environ 200 groupes homogènes de journées (GHJ) sont par ailleurs déclinés au sein des CMC afin d'identifier des niveaux différents de consommation de ressources et également d'affiner la description clinique des patients.

Dans ce modèle, le séjour est évalué périodiquement pour distinguer, éventuellement, des épisodes de prise en charge plus ou moins lourds au cours d'hospitalisations dont la durée s'élève en moyenne à 35 jours. Chacune des journées d'hospitalisation composant un séjour est comptabilisée et peut ainsi être affectée d'une pondération différente selon l'évolution du patient et le mode de prise en charge dont il bénéficie. Les journées sont classées au minimum selon une périodicité hebdomadaire et l'évaluation a lieu au terme de chaque semaine avec la production d'un **résumé hebdomadaire standardisé (RHS)**. Le RHS est classé dans un **groupe homogène de journées (GHJ)**, en fonction des informations qu'il contient sur l'état du patient et son mode de prise en charge.

Ainsi, après chaque semaine ou chaque mutation³⁴, **l'affectation dans un nouveau "Groupe Homogène de Journées" est possible. Par fractions successives, un séjour peut donc être affecté dans autant de groupes que de semaines le composant, voire davantage, en cas de mutation.**

N.B. : dans une phase ultérieure, la classification sera complétée par un système de valorisation relative des GHJ ; ceci permettra, comme pour le court-séjour, d'utiliser les données d'activité médicale à des fins de réduction des inégalités de ressources entre établissements.

2. Modalités d'accompagnement du lancement du recueil de l'information standard

Plusieurs actions doivent être menées simultanément pour mettre en place le recueil d'informations standard "PMSI soins de suite ou de réadaptation". La circulaire budgétaire DH/AF2/96 N°754, du 18 décembre 1996, fournit déjà des instructions pour dimensionner les financements requis par cette opération.

Ces mesures vont être complétées par les opérations suivantes :

- . actions de communication précisant les différentes étapes du lancement aux

³³ Ces 14 catégories majeures cliniques sont les suivantes : "Cardio-vasculaire et respiratoire", "Neuro-musculaire", "Santé mentale", "Cutané et sensoriel", "Viscéral", "Rhumato-orthopédique", "Post-traumatique", "Attente de placement", "Réadaptation-réinsertion", "Amputation", "Nutrition", "Gériatrie aiguë", "Soins palliatifs" et "Autres situations".

³⁴ On entend ici par mutation un changement d'unité médicale et/ou de type d'hospitalisation au sein d'un séjour.

- établissements concernés ainsi qu'aux agences régionales de l'hospitalisation et aux services déconcentrés de l'Etat,
- publication et diffusion des différents outils afférents au recueil : classification, guide de remplissage du recueil standard, élaboration d'un logiciel de saisie, de groupage et d'anonymisation des résumés,
- parution d'un arrêté donnant à ce recueil un caractère obligatoire.

Ces différentes opérations doivent être achevées à la fin du premier semestre 1997.

À l'automne, seront organisées, pour les établissements et les services déconcentrés concernés, des sessions régionales d'information et de formation.

Le **calendrier prévisionnel** des opérations de lancement du recueil d'informations standard "PMSI soins de suite ou de réadaptation" est présenté en **annexe 1**.

3. Champ des établissements concernés par le recueil d'informations standard

Prévu au mois de janvier 1998, le lancement du recueil d'informations standard concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation.

Cependant, les éléments de calendrier et le dispositif d'accompagnement du lancement du recueil d'informations standard, exposés dans la présente circulaire, ne concernent que les établissements sous compétence tarifaire de l'Etat.

L'**annexe 2** précise le **champ des établissements concernés** en termes de catégories d'établissements, de statuts juridiques, de types d'hospitalisation et de disciplines d'équipement.

4. Moyens financiers attribués aux établissements

Dans la circulaire budgétaire DH/AF2/96 N°754, du 18 décembre 1996, les instructions fournies aux services déconcentrés pour dimensionner les financements des établissements sont les suivantes :

- Les établissements déjà dotés de moyens**, au titre du recueil du PMSI court séjour, **ne recevront aucun moyen supplémentaire** sauf cas exceptionnels.
- Dans le cadre d'un séjour, il est prévu d'octroyer 30 F pour le premier résumé hebdomadaire et 15 F pour les suivants.** Ainsi, sur la base d'une DMS de 35 jours, le recueil PMSI d'un séjour en soins de suite ou de réadaptation devrait en moyenne valoir 90 F à l'établissement lieu du séjour.
- Les financements, qui doivent avoir été prévus dans la dotation régionale, ne seront attribués que sur la base de données effectivement transmises à la DRASS**, attestant ainsi de la réalité de la montée en charge du recueil.
- La petite taille, fréquente, des établissements de soins de suite ou de réadaptation (en moyenne nationale, 50 lits d'hospitalisation complète par structure) ne saurait justifier la mise en place d'équipes plein temps tant au niveau médical qu'à celui des secrétaires

médicales (ou techniciens de l'information médicale). **Les établissements sont ainsi invités à se grouper** avec un ou des établissement(s) hospitalier(s) voisin(s).

5. Mise à disposition temporaire d'outils informatiques

Pendant la période de lancement, c'est à dire jusqu'à la fin de l'année 1998, et afin de faciliter celui-ci, un logiciel sera réalisé et distribué gratuitement par le Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP), y compris aux sociétés informatiques qui souhaitent développer un produit plus élaboré.

Ce logiciel présentera plusieurs fonctionnalités :

- . **saisie** des données avec module d'importation pour les établissements disposant par ailleurs d'un logiciel de saisie,
- . **groupage** des Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS),
- . **anonymisation** permettant la production de **Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA)** qui seront transmis à la DRASS.

En routine, c'est à dire à partir de 1999, lorsque les établissements auront eu le temps et les moyens de mettre en place le recueil, **le CTIP diffusera 3 produits selon le même dispositif que celui du PMSI en soins de courte durée** à savoir :

- . 1 logiciel de groupage qui sera alors payant,
- . 1 fonction groupage payante pour les établissements et sociétés de service souhaitant développer eux mêmes un logiciel de groupage,
- . 1 logiciel d'anonymisation qui sera gratuit.

A une date précisée ultérieurement, les correspondants DRASS chargés de l'extension du PMSI aux soins de suite ou de réadaptation (voir le paragraphe relatif aux services déconcentrés page 8) seront destinataires, pour diffusion aux établissements concernés, des disquettes d'installation du logiciel réalisé par le CTIP.

6. Actions d'information et de formation

a/ Sessions de formation

Le recueil et le traitement des données à l'aide des outils du PMSI nécessitent un apprentissage préalable de la part des établissements appelés à remplir cette obligation nouvelle. Deux modules de formation seront proposés aux établissements de soins de suite ou de réadaptation de septembre à décembre 1997, dans le cadre de sessions décentralisées.

Module 1 : Une demi-journée d'information

Destinée aux directeurs et présidents de CME des établissements de soins de suite ou de réadaptation ainsi qu'aux représentants des ARH et des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS), une demi-journée d'information sera consacrée à la présentation du PMSI, ses utilisations dans le cadre du court-séjour et son extension aux soins de suite ou de réadaptation.

Module 2 : Trois journées de formation aux outils de recueil

Le recueil et le traitement des résumés hebdomadaires standardisés nécessitent de la part des médecins et cadres soignants (infirmiers et professionnels de rééducation-réadaptation) la maîtrise des différents outils utilisés pour coder et grouper les informations. Trois journées seront consacrées à la présentation de ces outils.

Dans chaque établissement, seront formés le médecin responsable de l'information médicale et une autre personne appelée à intervenir dans la mise en oeuvre du dispositif (médecin clinicien, cadre soignant, secrétaire médicale, technicien de l'information médicale...)

Ce module est également destiné aux membres de la Cellule Régionale de l'Information Médicale (CRIM) de la DRASS.

b/ Lettre d'information

Une lettre d'information sera diffusée périodiquement à l'ensemble des partenaires concernés par la mise en oeuvre du recueil "PMSI-SSR". Cette lettre reprendra les informations techniques et logistiques de la montée en charge.

Elle se fera l'écho notamment de l'organisation des formations qui vont se dérouler à l'automne 1997.

7. Rôle des différents acteurs

Les établissements

Dans l'attente de la publication de l'arrêté, rendant obligatoire le recueil d'informations standard, les établissements doivent réfléchir à l'adaptation de leur organisation interne à cette obligation prochaine.

Dès à présent, il convient de désigner, au sein de chaque établissement et selon la procédure définie à l'article L.710-6 du Code de la Santé Publique, un médecin responsable de l'information médicale qui aura notamment pour fonctions :

- . d'organiser la collecte des informations émanant des différents services,
- . de veiller à la qualité des informations transmises, de conseiller les structures dans la production des données (la constitution de dossiers patients conditionne la qualité des informations produites),
- . d'assurer la diffusion des informations à l'intérieur de l'établissement, auprès des médecins responsables des services cliniques et médico-techniques, du directeur, des différentes commissions...
- . d'anonymiser les informations médicales avant leur transmission à la DRASS

Afin de faciliter la circulation des informations techniques et logistiques relatives à l'extension du PMSI dans le secteur des soins de suite ou de réadaptation, il est indispensable que le médecin responsable de l'information médicale soit clairement identifié à l'extérieur de son établissement, notamment par les référents SSR de la DRASS (voir paragraphe ci-après). Dans cette perspective, la **fiche N°1** jointe à la présente circulaire devra être remplie par chaque établissement et adressée aux référents SSR de la DRASS. Dans cette fiche devra en particulier figurer le **nom du médecin responsable de l'information médicale**.

Dans les établissements de taille importante, il peut être utile d'envisager la création d'un collège médical qui pourrait constituer, pour le médecin responsable de l'information médicale, une structure d'appui. Ce collège pourrait associer le directeur de l'établissement, le président de la commission d'établissement (CME) ainsi qu'un ou deux représentants des personnels soignants et de rééducation-réadaptation.

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

Selon l'article L. 710-7 du Code de la Santé Publique, les ARH sont destinataires des informations émanant des établissements de santé, relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité. Il appartiendra donc à chaque DRASS de se mettre en relation avec l'ARH afin de déterminer, avec celle-ci, le contenu et les modalités de transmission des informations qui lui sont destinées.

Il appartiendra aux ARH d'organiser à destination de la Direction des Hôpitaux la transmission des fichiers de Résumés Hebdomadaires Anonymisés (RHA) constitués au niveau de leur région.

Les DRASS

Les DRASS, et notamment les Cellules Régionales de l'Information Médicale (CRIM), prennent une part active dans la mise en oeuvre du "PMSI-soins de suite ou de réadaptation", en termes :

. d'organisation :

elles sont chargées notamment de recenser, au sein de leur région, les structures concernées par la généralisation et de veiller, au sein de celles-ci, à la nomination d'un médecin responsable de l'information médicale. Dans ce cadre, elles sont destinataires de la fiche N°1 jointe à la présente circulaire. Les CRIM prennent également une part active dans l'organisation du traitement de l'information médicalisée, en invitant, le cas échéant, les établissements de SSR, quel que soit leur statut juridique, à se grouper au niveau local.

. de relais d'information :

elles assurent l'interface entre l'administration centrale et les établissements. Elles sont notamment destinataires pour diffusion aux établissements et organismes régionaux concernés par la généralisation (COTRIM, GRAIH, CRE...) des informations émanant du ministère, dont la présente circulaire et les prochaines lettres d'information mentionnées ci-dessus. A terme, elles seront destinataires des informations médico-économiques transmises par les établissements, après leur anonymisation.

Afin de renforcer le caractère opérationnel du dispositif envisagé ci-dessus, il convient de désigner dès à présent au sein de la DRASS des correspondants chargés de l'extension du PMSI aux soins de suite ou de réadaptation. Ceux-ci sont nécessairement membres de la Cellule Régionale de l'Information Médicale (CRIM).

A la réception de la présente circulaire, les **représentants de la DRASS désignés comme référents "PMSI-SSR"** rempliront la **fiche N°2** ci-jointe. Ils l'adresseront, dûment complétée :

- . aux établissements de leur région concernés par le lancement du "PMSI-SSR". En pratique, la fiche complétée figurera dans l'envoi de la circulaire aux établissements,
- . à l'agence régionale de l'hospitalisation de leur région,
- . à la Mission PMSI (Direction des Hôpitaux, Bureau S11).

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur des Hôpitaux
Claire BAZY-MALAUURIE

ANNEXE 1 (circulaire du 3 avril 1997)

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DES OPÉRATIONS DE LANCEMENT

ÉTABLISSEMENTS SOUS COMPÉTENCE TARIFAIRE DE L'ÉTAT

Le recueil d'informations standard doit être opérationnel en janvier 1998. Dans l'intervalle, le calendrier sera jalonné par les étapes suivantes :

28, 29, 30 MAI 1997 :

—> Formation de formateurs au recueil d'informations standard dans le cadre du lancement du "PMSI-SSR" (arrêté du contenu des sessions d'information et de formation qui se dérouleront de septembre à décembre 1997)

JUIN 1997 :

—> Publication de l'arrêté relatif au recueil de l'activité médicale dans les établissements ayant une activité de SSR

SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1997 :

—> Sessions d'information et de formation décentralisées pour les établissements et les services déconcentrés.

À noter : Ce calendrier sera progressivement complété par les informations qui figureront dans la lettre périodique diffusée en 1997 par la Direction des Hôpitaux (voir "Lettre d'information" page 6)

ANNEXE 2 (circulaire du 3 avril 1997)

CHAMP DES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS : ÉTABLISSEMENTS SOUS COMPÉTENCE TARIFAIRE DE L'ÉTAT

Le champ des établissements concernés est défini à partir de différents critères qui figurent dans la publication *FINESS 3 - Nomenclatures et codifications - septembre 1995 - SESI - Ministère du Travail et des Affaires Sociales*

- NIVEAU GÉOGRAPHIQUE :

. France Métropolitaine et DOM

- NIVEAU D'EXTRACTION :

. Entité juridique pour les établissements publics ou établissement pour les établissements privés à but non lucratif

La liste nominative des structures à renseigner, soit au niveau de l'entité juridique, soit au niveau de l'établissement, sera arrêtée par la Direction des Hôpitaux et soumise, pour validation, aux ARH.

- STATUT JURIDIQUE :

. Organismes et établissements publics (agrégat de code "statut juridique" : 1000)

. Organismes privés à but non lucratif (agrégat de code "statut juridique" : 2100)

- MODE DE FIXATION DES TARIFS :

. Autorité ministérielle (code 02),

. Préfet de département (publics) (code 03),

. Préfet de département (privés) (code 04/PSPH),

. Préfet de département (privés) (code 05), comprend :

*** établissements privés sanitaires habilités aide sociale (décret de 56) et visés aux articles :**

---> L162.25 du code de la Sécurité Sociale : établissements de rééducation fonctionnelle

---> L162.23 du code de la Sécurité Sociale : établissements de lutte contre la tuberculose

---> L203 du code de la Santé Publique : MECS sanitaires

.../...

NB: tarif: forfait global, tarif horaire, tarif de séance prix de journée

../_

- CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT :

. Établissements hospitaliers (agrégat de code "catégorie d'établissement" : 1100)

. Autres établissements relevant de la loi hospitalière (agrégat de code "catégorie d'établissement" : 1200) (comprend les "traitements et soins à domicile", la "dialyse ambulatoire", les "autres établissements relevant de la loi hospitalière" c'est à dire hôpital militaire, établissement thermal, syndicat interhospitalier, autre établissement soumis aux dispositions de la loi hospitalière)

- TYPE D'ACTIVITÉ :

. Hospitalisation complète,

. Hospitalisation de semaine,

. Hospitalisation de jour,

. Hospitalisation de nuit.

. Traitements et cures ambulatoires

- GRAND GROUPE DE DISCIPLINES SANITAIRES :

. Soins de suite ou de réadaptation (code 0260) comprend les groupes suivants :

*** maladies à évolution prolongée (code 0261)**

*** convalescence, repos, régime (code 0262)**

*** rééducation fonctionnelle et réadaptation (code 0263)**

*** lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires (code 0264)**

*** cures thermales (code : 0265)**

*** cures médicales (non compris MECSS) (code : 0266)**

*** cures médicales pour enfants (MECSS, pouponnières ...) (code : 0267)**

*** post-cure pour alcooliques (code 0268)**

FICHE N°1 (circulaire du 3 avril 1997)

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT ET À ADRESSER :

***avant le 15 mai 1997* aux référents DRASS "PMSI-SSR"
dont les coordonnées figurent dans la fiche N° 2 jointe à la présente circulaire**

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE SYSTÈME D'INFORMATION MÉDICALISÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

Si l'étiquette ci-dessus comporte des erreurs, veuillez avertir, pour correction, les référents DRASS dont les coordonnées figurent dans la Fiche N°2

Existe-t-il déjà, dans votre établissement, une structure chargée de l'information médicale (département, service, médecin ou secrétariat spécialisé...)?

OUI

NON

Dans l'affirmative, préciser sa composition en Equivalent Temps Plein (ETP) :

- médecin : ETP
- technicien de l'info. médicale : ETP
- secrétaire médicale : ETP
- informaticien : ETP
- autre (à préciser) : ETP

.../...

**2. MÉDECIN RESPONSABLE
DE L'INFORMATION MÉDICALE**

La circulaire prévoit en page 7 la désignation au sein de chaque établissement d'un médecin responsable de l'information médicale. Celui-ci est nommé dans les conditions définies à l'article L.710-6 du Code de la Santé Publique.

<p>NOM DU RESPONSABLE DE L'INFORMATION MÉDICALE "PMSI-SSR" :</p> <p>.....</p> <p>TÉLÉPHONE DIRECT :</p> <p>TÉLÉCOPIE :</p> <p>NOM DU COLLABORATEUR DU RESPONSABLE DE L'INFORMATION MÉDICALE :</p> <p>.....</p> <p>TÉLÉPHONE :</p>
--

3. ÉQUIPEMENT INFORMATIQUE

<p>ÊTES-VOUS ÉQUIPÉ D'ORDINATEURS :</p> <p><input type="checkbox"/> MAC</p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> PC</p>

Fait à, le / / 97

Signature du Directeur de l'établissement

.. / ..

**FICHE N°2 (circulaire du 3 avril 1997)
RÉFÉRENTS DRASS POUR LA MISE EN OEUVRE DU
"PMSI - SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION"**

À REMPLIR ET À ADRESSER :

1°/ en même temps que la présente circulaire à tous les établissements de votre région concernés par la mise en oeuvre du "PMSI-SSR"

2°/ avant le 30 avril 1997:

- . à l'ARH de votre région
- . au Ministère du Travail et des Affaires Sociales
Direction des Hôpitaux
Mission PMSI
à l'attention de Christine BARJOU
8 avenue de Ségur
75350 PARIS CEDEX 07

Les référents DRASS sont choisis nécessairement au sein de la Cellule Régionale de l'Information Médicale (CRIM).

RÉGION :

RÉFÉRENT 1

NOM ET PRÉNOM :

.....

FONCTION AU SEIN DE LA DRASS :

.....

TÉLÉPHONE DIRECT : TÉLÉCOPIE:

RÉFÉRENT 2

NOM ET PRÉNOM :

.....

FONCTION AU SEIN DE LA DRASS :

.....

TÉLÉPHONE DIRECT :.....TÉLÉCOPIE:.....